

Delavtale
mellom
Sørlandets sykehus HF
og
Lyngdal kommune

Delavtale 1
oppgave- og ansvarsfordeling

Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre

Siste versjon 7/11 etter forhandlingsmøte Lister 17.10. 2014

1.0 Parter

Partene i denne delavtalen er Sørlandet sykehus HF (SSHF) og Lyngdal 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 enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre (heretter kalt delavtale 1) er inngått i henhold til § 6-2.1 i helse- og omsorgstjenesteloven og Samarbeidsavtalen pkt. 5, første avsnitt nr. 1.

Delavtale 1 er et vedlegg til, og dermed også underlagt, Samarbeidsavtalen mellom partene (heretter referert til som Samarbeidsavtalen).

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 pasient- og brukerrettigheter 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 av 5. august 1994 nr. 55
- Lov om psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62

Listen er ikke uttømmende. Også bestemmelser i andre lovverk har betydning for partenes utførelse av oppgaver etter nevnte lover. Dette gjelder blant annet bestemmelser om bruk av tvang i psykisk helsevern og ovenfor rusmiddelavhengige.

4.0 Formål

Målsettingen med delavtale 1 er å skissere prosesser som skal anvendes ved utredning og endring av ansvars- og oppgavefordeling mellom partene. Delavtale 1 skal videre fremme samhandling mellom kommuner og helseforetak gjennom en tydeliggjøring av grenseflater og gråsoner for oppgave- og ansvarsfordelingen mellom nivåene.

Tydelig oppgave- og ansvarsfordeling er en forutsetning for å sikre koordinerte pasientforløp, god kvalitet og pasientsikkerhet. Partene har et gjensidig ansvar for utvikling av felles behandlingslinjer/pasientforløp og fagprosedyrer.

5.0 Virkeområdet

Virkeområdet for delavtale 1 er de områder hvor loven pålegger partene å inngå samarbeidsavtale, områder hvor partenes ansvar overlapper hverandre og hvor det er behov for samordning mellom partene.

Det sentrale virkeområdet for delavtale 1 er å avklare områder som partene i fellesskap er enige om skal utredes for en ansvarsavklaring, og eventuell oppgaveoverføring, og med tilhørende prosess for hvordan dette skal skje.

6.0 Prinsipper

Inntil videre gjelder dagens etablerte praksis for ansvars- og oppgavefordeling. Før endringer gjennomføres skal dette være avtalt mellom partene.

Begrepsavklaring:

- **Pasientforløp:** Helhetlig og sammenhengende beskrivelse av pasientens kontakt med ulike deler av helsetjenesten i løpet av en sykdomsperiode.
- **Behandlingsforløp:** Dekker det samme hendelsesforløpet som et pasientforløp, men sett fra helsepersonellens perspektiv.
- **Behandlingslinje:** En normativ beskrivelse som illustrerer et standardisert planlagt og forventet pasientforløp for definerte diagnosegrupper forankret i faglig evidens og koblet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater.
- **Behandlingskjede:** En kjede av definerte behandlingsforløp på tvers av institusjoner og forvaltningsnivåer (både på individnivå, gruppenivå og systemnivå).

Følgende prosedyre ligger til grunn ved utredning av ansvars- og oppgavefordeling mellom partene:

1. En av partene kan fremme at en ansvars- og oppgavefordeling skal utredes
 - Utredningen skal beskrive følgende minimumskrav dersom man vurderer en ansvars- oppgaveoverføring:
 - Overføring av oppgaven skal være forsvarlig.
 - Oppgave overføringen må resultere i at tjenesten blir like god eller bedre for pasientene som er omfattet av endringen.
 - Kompetanseoverføring må være avklart mellom partene, herunder rekruttering av nødvendig kompetanse.
 - Økonomiske forhold og finansiering av tiltaket må være sikret og avtalt mellom partene.
 - Partene må være enige om en eventuell oppgaveoverføring.
 - Partene som skal overta oppgaven etablerer og bygger opp tilbudet.
 - Den andre parten gir veiledning til den part som skal bygge opp tilbudet.
 - Partene som innehar oppgaven før oppgaveoverføring skal ikke redusere tilbudet før den andre parten har tatt ansvar for og bygget opp et forsvarlig tilbud.

Videre er partene enige om at ansvars- og oppgavefordelingen mellom partene vurderes fortløpende. Retningslinjer og prosedyrer for pasientforløp vil derfor bli endret som en del av tilpasningen til samhandlingsreformen.

Hvordan kommunene velger å organisere sine tjenester varierer. Partene er enige om å tilstrebe likest mulig retningslinjer og prosedyrer med hensyn til samhandling og et likeverdig helsetilbud på Agder.

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 til rette for samarbeid med andre instanser som yter tjenester til brukere av helse- og omsorgstjenester.

7.0 Arenaer og prosesser

Partene er enige om å benytte allerede eksisterende samarbeidsarenaer for å håndtere prosesser knyttet til å bli enige om ansvars- og oppgavefordeling mellom nivå, jfr. kapittel 6 i Samarbeidsavtalen.

Partene er enige om at initiativ til endring/konkretisering av ansvars- og oppgavefordelingen mellom nivåene (jfr. pkt 6 i denne avtale), skal legges frem for Overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS).

Dersom SSHF og kommunene på Agder er enige om å utrede det aktuelle området nærmere, skal OSS enten etablere fagutvalg eller faggrupper/prosjektgrupper som gis et konkret og tidsavgrenset mandat. Jfr. Samarbeidsavtalen kapittel 6.1. Medisinsk fagutvalg skal orienteres, og kan gis rollen som referansegruppe i arbeidet med utredning av aktuelle områder.

Dersom SSHF og en kommuneregion er enige om å utrede det aktuelle området nærmere, skal Regionalt samarbeidsutvalg etablere fagutvalg/faggrupper som gis et konkret og tidsavgrenset mandat. Jfr. Samarbeidsavtalen kapittel 6.1. Partene forplikter seg til å orientere OSS om at fagutvalg/faggruppe som nevnt ovenfor er opprettet.

Dersom SSHF og en enkelt kommune er enige om å utrede det aktuelle området nærmere, skal SSHF og den enkelte kommune etablerer fagutvalg/faggrupper som gis et konkret og tidsavgrenset mandat. Jfr. Samarbeidsavtalen kapittel 6.2. Partene forplikter seg til å orientere OSS gjennom regionalt samarbeidsutvalg om at fagutvalg/faggruppe som nevnt ovenfor er opprettet.

8.0 Områder hvor ansvars- og oppgavefordelingen er uklar

I eget vedlegg er nevnt aktuelle områder hvor partene er enige om at det er behov for å se nærmere på ansvars- og oppgavefordelingen mellom nivåene. Opplistingen er ikke statisk eller uttømmende, og avtalepartene har anledning til å gi innspill om andre aktuelle områder som ønskes nærmere vurdert for utredning.

Ny kunnskap, endrede behandlingsmåter, styrket kompetanse, ny teknologi og brukernes rett til økt medvirkning over egen helse og livssituasjon, er faktorer som kan gi behov for og muligheter for videreutvikling av nye pasientforløp. Dette kan påvirke oppgave- og ansvarsfordelingen mellom partene.

Partene er enige om at både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har ansvar for aktivt å engasjere seg i utvikling av effektive behandlingslinjer og helhetlige pasientforløp. Det skal tilstrebes at behandlingslinjer standardiseres. Behandlingslinjer som påvirker ansvars- og oppgavefordeling mellom partene utarbeides i fellesskap jf pkt 6.0, og implementeres jf. Pkt 6.0.

Partene skal ved avtaleinngåelse eller – revisjon avtale et antall områder som aktuelle for utredning innenfor en avtalt frist. Dette for å sikre målrettet oppfølging av oppgaveområder som det av hensyn til pasientene/ brukerne er viktig for partene å videreutvikle i fellesskap. De avtalte områdene skal likevel ikke være til hinder for at nye områder kan foreslås og tas opp til vurdering i samsvar med avtalebestemmelsene.

9.0 Håndtering av uenighet

Det vises til gjeldende overordnet samarbeidsavtale (OSA), 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 01.01.2015 og gjelder frem til ny avtale inngås, eller til en av partene sier opp avtalen, og da 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.

12.0 Spesielle forhold for Lyngdal kommune

Partene er enige om å prioritere utredning av følgende områder:

1. SSHF og kommunene har begge et ansvar for oppfølging av pasienter med kroniske sår. SSHF vil sammen med kommunene i Listerregionen nedsette en arbeidsgruppe som vil utrede hvordan denne tjenesten kan utformes i et fremtidig perspektiv
2. Forsterket samhandling om personer som trenger langvaring oppfølging fra begge nivåer innen psykisk helse eller rus, herunder særlig fokus på tvunget psykisk helsevern med eller uten døgnopphold.
3. Partene videreutvikler et forpliktende samarbeid innen psykisk helsevern og rusbehandling.
4. Partenes rolle i et folkehelse- og forebyggingsperspektiv med særlig fokus på barn og unge.
5. Partenes rolle i oppfølging av personer som har utviklingshemming kombinert med rus / psykiatriproblematikk.

For SSHF

5/1-15

Dato


Sørlandet Sykehus HF
Fagdirektør

Administrerende direktør

For Lyngdal kommune

15/12-14

Dato


Lyngdal kommune
Rådmannen

Rådmann e.f

Vedlegg til delavtale 1

Nedenfor er nevnt aktuelle områder hvor partene er enige om at det er behov for å utrede ansvars- og oppgavefordelingen mellom nivåene. Listen er ikke uttømmende, og det vil være lokale forskjeller mellom kommuner:

- Alderspsykiatri, demensutredning og – behandling
- Barsebomsorg
- Behandling og omsorg av pasienter i livets siste fase
- Behandling og oppfølging av eldre med sammensatte lidelser og akutt funksjonssvikt
- Forsterket samhandling om personer som trenger langvarig oppfølging fra begge nivå innen psykisk helse og eller rus-
- Funksjonshemmede barn
- Førerkortvurderinger/trafikkmedisin
- Hofterehabilitering
- Intravenøs væskebehandling
- Kreftpasienter
- Kvalitetssikring av prehospital vurdering
- Legemiddelliste som fungerer mellom nivåene
- ME – pasienter
- Multifunksjonshemmede
- Overvektsproblematikk
- Pasienter med kroniske sår
- Pasienter med muskel- og skjelettplager
- Pasientopplæring og oppfølging av kronikergruppene
- Poliklinisk kontroll
- Psykosomatiske lidelser
- Rehabilitering av pasienter med nevrologiske lidelser
- Slagrehabilitering
- Smertepasienter
- Utredning og oppfølging av personer med uavklarte psykiske lidelser

De øvrige delavtalene mellom partene vil i ulik grad beskrive prosedyrer, rutiner og samarbeid som vil bidra til tydeliggjøring av ansvars- og oppgavefordelingen mellom nivå innen de ovenfor nevnte områdene.