

Samarbeidsavtale for planlegging av pasientforløp med livsoppretholdende langtidsmekanisk ventilasjon (LTMV)

Skjemaet benyttes i samarbeidsmøtet for barn og voksne med LTMV og kommunalt hjelpebehov. Pasientansvarlig overlege eller sykepleier ved sykehus innkaller til samarbeidsmøte med kommunen så snart det er klart at omsorgskrevende LTMV er aktuelt å etablere. Samarbeidsmøte holdes så snart det er praktisk mulig. Det er viktig at det legges til rette for at fastlegen kan delta på samarbeidsmøtet.

Møtedeltakere:

- Pasientansvarlig lege og sykepleier fra spesialisthelsetjenesten
- Fra kommunen: Representant for vedtakskontor i kommunehelsetjenesten, representant fra utøvende tjeneste (hjemmetjeneste eller kommunal institusjon), evt. Kommuneoverlegen, helsesøster (barn) og fastlegen
- Pasient og pårørende eller representant

Samarbeidsmøte gjelder (pasient): _____

Hjemmehørende i _____ kommune

Tema som skal avtales i møtet for å tilrettelegge LTMV behandling i kommunen	Ansvar	Tidsfrist	Kommentar
Muntlig samtykke fra pasient eller pårørende (barn) til at helsepersonell (sykehus og kommune) kan utveksle nødvendig informasjon er innhentet	Sykehus	Før møtet	
Rekruttering av personell	Kommune		
Opplæring av personell; teoretisk og praktisk gjennomgang, opplæringsvakter	Sykehus		
Bestilling av behandlingshjelpemidler og forbruksmateriell	Sykehus		
Utarbeide pasienttilpasset prosedyreperm inkludert handlingsplan ved akutte hendelser i forbindelse med LTMV	Sykehus		
Starte/revidere Individuell Plan	Kommune		
Vurdere privat bolig, omsorgsbolig eller institusjon	Kommune / Pasient		
Tilrettelegging i barnehage/skole (barn).	Kommune		
Behov for andre kommunale tjenester (fysioterapi, ergoterapi, avlastning m.m.)	Kommune		
Nødvendige søknader m.m	Sykehus, kommune og pasient		
Utteksle informasjon om kontaktpersoner ved sykehuset og i kommunen	Sykehus og kommune		
Antatt dato/uke hvor pasienten kan utskrives			

Avtalen om planlegging av pasientforløp er inngått i samarbeidsmøtet mellom:

Signatur: _____ Dato: _____

(Kommunerepresentant)

Signatur: _____ Dato: _____

(Spesialisthelsetjenesterepresentant)

Tillegg

I etterkant av møtet må det fattes vedtak i kommunen om avtalte tiltak. Når dette er gjort kan kommunen bekrefte dato/ uke for utskrivning og overføring av ansvar til hjemkommune.

Informasjon om vedtak sendes til pasient og sykehus så snart det er avklart.

Endelig dato/uke for overføring til kommunen _____

(Fylles ut så snart kommunen har fattet vedtak, og sendes til sykehus)

Signatur: _____ Dato: _____

(Kommunerepresentant)

”Samarbeidsavtale for planlegging av pasientforløp” er vedlegg til Retningslinjer for samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten for pasienter med LTMV i kommunene jfr «Tiltak 1».