

Vedlegg 6

Mal for samarbeidsavtale mellom helseføretak og privat rehabiliteringsinstitusjon i Helse Vest

1 Bakgrunn

Helse Vest RHF har i tillegg til rehabiliteringstilbudet som finst i sjukehusa, avtale om spesialiserte rehabiliteringstenester med private institusjonar i Helse Vest. Føretaket skal inngå samarbeidsavtale rundt fag og tenesteutvikling, samt rutinar for pasientforløp med kvar av dei private institusjonane som har avtale med Helse Vest^{1,2}

2 Føremål

Føremålet er å bidra til betre koordinering av tenestene i overgangen mellom sjukehus og rehabiliteringsinstitusjon. For pasientar som vert overført frå sjukehus, skal opphaldet ved institusjonen vere ein del av eit samanhengande og målretta pasientforløp i spesialisthelsetenesta¹.

3 Partar og omfang

Avtalen er inngått mellom <namn på institusjon/eller alle institusjonane som har avtale?> Og <namn på helseføretak>. Avtalen gjeld for alle einingar i helseføretaket med klinisk verksemd i både dag-, døgn-, poliklinisk og ambulant behandling. Avtalen gjeld for følgjande diagnosegrupper: <(set inn aktuelle diagnosegrupper jamfør Ytelsesavtalen)>.

Institusjonen har følgjande avtaler om pasientar med hjelpebehov: *Set inn institusjonen si avtale med Helse Vest i forhold til pasientar med hjelpebehov. Eksempel:*

Det skal generelt for alle pasientar ytast enkel hjelp og assistanse ved behov. I tillegg er det tilbod til pasientar med større hjelpebehov, dvs. døgnkontinuerlig assistanse og tilrettelegging ved for eksempel personleg stell, inkludert toalettbesøk, påkledning, forflytning, måltid, og/eller som følgje av lettare kognitive vanskar. Institusjonen har avtale om x plasser til pasientar med hjelpebehov, derav x tal med Barthel ADL- Index ned mot 6.

Institusjonen har følgjande andre kriterier for overføring av pasientar frå sjukehus:

Eksempel: krav om tid frå operasjon til rehabilitering, spesifikke undersøkingar som nytt A-EKG etc.

¹ Styringsdokument bl.a. 2012 og 2013: «Faglege samarbeidsavtalar skal vere inngått med private rehabiliteringsinstitusjonar i eige opptaksområde, for å bidra til å utvikle kompetansen ved institusjonane og tenester i tråd med behova. Samarbeidsavtalane skal supplere avtalar inngått av Helse Vest og vurderingseininga.»

² Helse Vest, Regional plan for habilitering og rehabilitering, henta 30.5.2018: <https://helse-vest.no/seksjon/planar-og-rapportar/Documents/Regionale%20planar/2016%20-%20Regional%20plan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%202016%20-%202020.pdf>

4 Tilvising og tildeling av plass

4.1 Tilvising frå sjukehus

Tilvising frå sjukehus skjer via behandlingsansvarleg sjukehuslege.

Skjema for tilvising i EPJ/DIPS skal nyttast: <namn på skjema inn her>

Tilvisingsskjema sendast direkte til aktuell rehabiliteringsinstitusjon, per post eller faks.

Praktisk sjekklister skal gjennomgåast før pasient vert overført.

4.2 Mottak av tilvising

Pasientane er rettighetsvurdert ved tilvising frå sjukehus.

Institusjonen vurderer og prioriterer tilvisinga ut frå gjeldande ytelsesavtale, hjelpebehov (jamfør Barthel skår 6), medisinske forhold og kapasitet.

4.3 Avklaring og tilbakemelding til sjukehus og pasient

Pasientar skal kunne overførast frå sjukehus så snart dei er medisinsk stabile. Pasienten skal være tilstrekkelig utgreidd frå sjukehuset. Pasienten må være i stabil fase i forhold til fysisk/psykisk sjukdom og i ein avklart situasjon i forhold til rusproblematikk. Ved manglande opplysningar kan sjukehuset kontaktast. Tilvising som gjelder direkte overføring frå sjukehusavdeling til institusjonen skal sendast så tidleg som mulig i forløpet. Når tilvisinga er tatt i mot og vurdert, kontaktar institusjonen sjukehuset og stadfestar at pasienten vert sett på venteliste med estimert overføring den dato pasienten er utskrivingsklar frå sjukehuset til institusjon. Ved tilvising som gjeld rehabiliteringsopphald som ikkje er direkte overføring frå sjukehusavdeling vil pasienten få tilsendt brev frå institusjonen om tidspunkt for opphald.

For pasientar som overførast direkte til privat rehabiliteringsinstitusjon frå sjukehus, men som har eller vil ha behov for kommunal helseteneste når dei kjem heim, må sjukehuset følge rutinane for elektronisk meldingsutveksling som ved direkte utskriving til kommunen.

4.4 Open kontakt

Pasientar som vert overført til (namn på institusjon) frå (namn på sjukehusavdeling), har open kontakt ved komplikasjonar som gjeld innleggelseårsak. Institusjonen tek då direkte kontakt med vakthavande lege ved aktuell avdeling/ev. *sett inn aktuell kontakt i sjukehuset.*

Ved postoperative komplikasjonar som personell ved (namn på institusjonen) tek seg av, skal (avdelinga/sjukehuset) alltid informerast (konkretiserast i høve informasjonsflyt ?) .

4.5 Brukarmedverknad (Lov om pasient- og brukarrettigheter, § 3)

Representant frå brukarutvalet ved (namn på institusjon) og representant frå brukarutvalet ved (namn på sjukehus) skal delta på samarbeidsmøter mellom institusjonen og sjukehuset.

5 Fagleg samarbeid og samarbeidsform

Aktuelle aktørar nemnt i samarbeidsavtalen må gjennomføre samarbeidsmøter for å revidere samarbeidsplan.

| Ansvar | Oppgåve | Namn |
|--|------------------------------|---|
| Ansvarleg leiar Privat Rehabiliteringsinstitusjon | Overordna ansvar | Fagdirektør/Avdelingsleiar/Einingsleiar |
| Ansvarlig leiar Helseføretaket | Overordna ansvar | Fagdirektør/Avdelingsleiar/Einingsleiar |
| Samarbeidsressurs 1 | Koordinator/Leiar/Lege/SPLA. | Koordinator/Leiar/Lege/SPLA |
| Samarbeidsressurs 2 | Koordinator/Leiar/Lege/Spl. | Koordinator/Leiar/Lege/Spl |

Samarbeidsmøter og frekvens:

Samarbeidsmøte skal gjennomførast kvart år, eller oftare ved behov.

<(Namn privat institusjon)> har ansvaret for å kalle inn helseføretaket til samarbeidsmøte, samt representant frå eige brukarutval.

<(Namn Helseføretak)> har ansvar for å kalle inn representantar for relevante kliniske avdelingar og representant frå brukarutvalet i helseføretaket.

5.1 Tema faglig samarbeid og samarbeidsform

Følgjande tema kan være aktuelle å samarbeide om:

- Felles og gjensidig forpliktande rutinar for pasientforløpet
- Kompetanseutvikling/utveksling i form av fagdagar, hospitering, kurs og vegleiing/undervisning (spesifiser).
- Samarbeid med LMS
- Individuell plan og koordinator
- Ressursgruppe/nettverk
- «Rett pasient til rett seng/institusjon»

6 Ansvarsforhold

Partane i avtalen har gjensidig ansvar for å melde skriftlig frå om avvik frå punkt i denne avtalen (*eksempel; avvik frå sjekkelista med manglande epikrise eller reseptar, kontakt mellom institusjon/avdeling*). Avviksmeldinga skal signerast av aktuell leiar og sendast til leiar for sjukehus/avdeling og eller institusjon.

Transport til/frå rehabiliteringsopphald vert dekket etter gjeldande reglar for pasientreiser.

7 Avtaleperiode

Avtalen trer i kraft frå <xxxxx> og varer til <xxxxx>

Kvar av partane kan krevje avtalen revidert dersom vesentlege føresetnader for avtalen vert endra.

.....

Dato

<Sign>.....

.....

<Namn på institusjon>

<Namn på helseføretak>

