UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Ibestad kommune

Tjenesteavtale nr 4

mellom

Ibestad kommune

og

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

om

Samarbeid om og beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-5 tredje ledd

OSO
OVERORDNET SAMARBEIDSORGAN
UNN og kommunene

1. Parter

Denne avtalen er inngått mellom Ibestad kommune (heretter kommunen) og Universitetssykehuset Nord Norge HF (heretter UNN/helseforetaket).

2. Bakgrunn

Denne tjenesteavtalen er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 5, første avsnitt nr. 4.

Bruken av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp skal kun gjelde for de pasientgrupper som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg for.

Det nye tilbudet er ment å bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Pasientene skal i kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold sikres like god eller bedre behandling som ved innleggelse i sykehus.

3. Formål

Denne tjenesteavtalen har som formål å avklare og konkretisere UNNs og kommunens oppgaver og ansvar for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter helse- og omsorgstjenestelovens § 3-5 tredje ledd. Kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal baseres på et samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Denne avtalen regulerer samarbeidet omkring kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold og omfatter ikke desentralisert spesialisthelsetjeneste og andre oppgaver som UNN og kommunene regulerer i egne avtaler.

Avtalen omhandler og regulerer oppgaver og tiltak som kommunen og UNN skal eller kan samarbeide om, jf. blant annet helse- og omsorgstjenestelovens § 3-4 (kommunens plikt til samhandling og samarbeid), § 6-2 (avtaler) og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e (samhandling/samarbeid).

Avtalen forutsetter en planleggingsprosess fram til etablering av kommunale ø-hjelpssenger. Dette skal resultere i en kommunal plan for etablering og drift av tilbudet.

Avtalen beskriver hvordan pasienten sikres en fullverdig tjeneste under oppbyggingen av og frem til etablering av kommunale ø-hjelpssenger.

Pasienter som er aktuelle for det kommunale tilbudet er pasienter med forverring av kjente tilstander, med avklart diagnose og funksjonsnivå.

Partene kan ikke ved denne eller andre avtaler innskrenke ansvar eller plikter som partene er tillagt etter lov og forskrifter.

4. Lovgrunnlaget

Kommunens ansvar for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp beskrives i Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5, tredje ledd:

> *«Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.»*

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven skal være forsvarlige jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4.1 Forsvarlighet.

Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene

5. Kommunens ansvar og beskrivelse av tilbudet

Ibestad kommune har ansvar for at det finnes et tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp for innbyggerne i kommunen fra senest 01.01.16. Det er kommunen som har systemansvar, økonomisk ansvar og medisinskfaglig ansvar for tilbudet.

a) Ibestad kommune skal etablere døgnplass for å ivareta det lovpålagte kommunale øyeblikkelig hjelp tilbudet lokalisert i Ibestad kommune med at tilbudet blir lokalisert i Ibestad sykehjem – realisert innen 01.01.2015.
Kommunen må til dette er avklart få dekket sitt øyeblikkelig hjelp tilbud ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Kommunen organiserer sitt øyeblikkelig hjelp døgntilbud etter modell 1,2,3,4 eller en egen modell som minimum tilsvarer modell 1 (vedlegg 1), og forplikter seg herved til, innenfor de tilgjengelige antall senger, å kunne gi tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold til den pasientgruppen som er egnet for dette tilbudet (se vedlegg 1).

Modeller (se vedlegg 1 for beskrivelse):
1) minimumsmodell
2) tilpasset modell
3) avansert modell lokalisert i kommune
4) avansert modell som en egen kommunal tjeneste samlokalisert med sykehus

Planleggingen av det kommunale øyeblikkelig hjelp tilbudet må omfatte en prosess, som ender opp i en *tidsplan, økonomiplan og driftsplan.* Disse må beskrive når hvor og hvordan tilbudet skal opprettes og hva det skal inneholde, eller at tilbudet videreføres som i dag.

Dersom kommunen søker tilskudd for tiltaket før 1.1.2016 skal ø-hjelpstilbudet godkjennes av Helsedirektoratet etter individuell søknad.

Det må framgå av økonomiplanen hvordan utgiftene skal dekkes.

Driftsplanen, skal bl.a. beskrive innholdet i tjenesten (se vedlegg 1).

Helsedirektoratets faglige retningslinjer og veileder for drift av kommunale øyeblikkelig hjelp plasser skal implementeres i driften, «Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold» (vedlegg 2).

6. UNNs ansvar og tilbud

UNN har ansvar for øyeblikkelig-hjelp-tilbudet for de pasienter kommunen ikke kan ta i mot.

I tilknytning til kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp har UNN plikt til å dekke kommunens behov for råd og veiledning i konkrete pasienttilfeller. Slik veiledning skal være tilgjengelig for kommunens allmennleger på kort varsel. UNN skal oppgi telefonnummer til kontakt for slik veiledning.

Det skal legges til rette for ordninger for strukturert samarbeid og veiledning mellom sykehuset og kommunen rundt pasienter innlagt i ø-hjelpssenger i kommunen. Dette må skje innenfor rammer som er egnet i praksis både for UNN og kommunen.

UNNs plikter og tilbud etter denne avtalen skal sees i sammenheng med ordningene etter tjenesteavtalene 6 og 7 om henholdsvis "*gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,*" og "*samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid*".

UNNs forpliktelser hva gjelder støttefunksjoner, slik som elektronisk samhandling og kliniske tjenester over videokommunikasjon (VK), er nærmere beskrevet i tjenesteavtale nr.9.

UNN har ansvar for å transportere pasientene til det kommunale øyeblikkelig hjelp tilbudet på samme måte som ved transport til sykehus.

UNN forplikter seg til å delta i en årlig faglig evaluering av driften ved ø-hjelpsengene. Dette kan gjøres i tilknytning til reforhandling av denne avtalen.

7. Samarbeidstiltak

Partene skal holde hverandre informert og sørge for gjensidig veiledning innenfor det enkelte ansvarsområdet, jfr. pkt. 7 i overordnet samarbeidsavtale.

Den annen part forplikter seg til å bidra ved utarbeidelse av prosedyrer som berører begge parter, eller prosedyrer hvor kommunene overtar oppgaver som tidligere har vært oppgaver for helseforetaket. Partene skal så langt det er mulig bidra i prosessen med å utvikle det kommunale tilbudet når den andre parten ber om det.

Partene etablerer et gjensidig samarbeid hva gjelder kompetansebehov, veiledning og kompetanseutvikling, jfr. tjenesteavtale nr. 6.

Partene sørger for at elektroniske kommunikasjonsløsninger, videokonferanseutstyr og lignende tas i bruk der det er mulig og hensiktsmessig, jfr. tjenesteavtale 9.

Partene bærer sine omkostninger selv, der ikke annet er avtalt.

Partene utarbeider en felles kommunikasjonsplan om kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp.

Partene plikter å sikre medvirkning fra brukere, fagmiljø og tillitsvalgte ved planlegging, gjennomføring og evaluering av denne tjenesteavtalen.

8. Kontaktpunkter/kontaktpersoner

Partene oppretter faste kontaktpunkter for dialog om avtalen til bruk dersom det underveis oppstår behov for slik dialog.

Partene utveksler jevnlig ajourført oversikt over navn, telefon og e-postadresse til disse kontaktpersonene.

9. Brukermedvirkning

Partene skal tilstrebe brukermedvirkning og ansattemedvirkning innenfor sine organisasjoner når det gjelder gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling gjennom partenes felles møteplasser.

Med brukermedvirkning mener vi at brukeren skal ha støtte til:

- å utvikle kompetanse og ferdigheter i god egenomsorg
- å utvikle sammen med helsetjenesten en plan for oppfølging ved langvarig sykdom/ helseplager.

Reell brukermedvirkning krever at helsetjenesten kartlegger pasientens mål/ behov for diagnostikk og behandling. Helsetjenestens oppfølging skal avspeile både god faglig praksis og de ønsker og behov pasientens selv uttrykker.

Partene er enige om at kravet til brukermedvirkning også skal understøttes ved at synspunkter og tilbakemeldinger som kommer frem gjennom brukerundersøkelser, brukerutvalget ved UNN, eldreråd og fra funksjonshemmede i kommunen skal tillegges vekt.

Partene skal tilrettelegge for at brukere kan gi innspill og synspunkt på sin behandling vedrørende både form og innhold.

Det skal tilrettelegges for at brukerne får tilgang og innsyn i sin behandlingsplan og at de kan kommentere på denne. Slike innspill skal dokumenteres og motta et svar.

10. Vedlegg

Følgende dokumenter er vedlegg til denne avtalen:

Vedlegg 1: beskrivelse av modeller for tjenesten og forslag til driftsplan
Vedlegg 2: aktuelle lenker

11. Avvik

Det vises til overordnet samarbeidsavtale mellom foretaket og kommunene når det gjelder håndtering av avvik og uenighet.

12. Varighet, revisjon og oppsigelse

Avtalen trer i kraft fra den er underskrevet av partene.

Partene kan si opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd. Dersom avtalen sies opp, skal ny avtale inngås innen det tidspunkt den oppsagte avtalen løper ut.

Partene er enige om å gjennomgå avtalen jevnlig og sørge for jevnlig rapportering og evaluering. Avtalen skal revideres når det er behov for det og dersom en part ønsker det på kort varsel fram til 1.1.2016.

Slik gjennomgang skal også omfatte vedlegg / prosedyrer.

Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres eller erfaringer tilsier behov for dette.

13. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale mellom Ibestad kommune og UNN.

14. Dato og underskrift

Sted og dato: Hamnvik, 12.12.2012	Sted og dato: Tromsø, 4.12.12
For Ibestad kommune	For Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Vedlegg 1 til Tjenesteavtale nr 4

1. Modeller for tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold:

Modell 1 (minimumsmodell):
Senger med nødvendig kompetanse og utstyr tilgjengelig

Modell 2 (tilpasset modell):

Mellom modell 1 og 3-4 i kompetanse og utstyr tilgjengelig, pasientgruppen som tas i mot er tilpasset dette

Modell 3 (Avansert tilbud lokalisert i kommune):
Senger med mer kompetanse og utstyr tilgjengelig (større kommuner/interkom. samarbeid)

Modell 4: (Avansert tilbud samlokalisert med sykehus):
Senger som en egen kommunal tjeneste samlokalisert med sykehus

Der det ligger til rette for det, bør kommunale ø-hjelpsenger fortrinnsvis legges samlokalisert med interkommunal legevakt/DMS eller sykehus

Kommunen forplikter seg til å sikre rutiner for opplæring av personell slik at utstyr og undersøkelser som kommunens modell beskriver skal kunne gjennomføres og betjenes av ansvarlig personell.

2. Modell 1 – Minimumsmodell

2.1. Krav til utstyr og kompetanse (minimumskrav):

Undersøkelser som skal kunne utføres og utstyr som må finnes (modell 1):

- Hb/ CRP/ blodsukker for å følge behandlingsresponsen
- Urin stix
- EKG
- Utstyr for intravenøs behandling
- Pulsoksymeter
- Oksygen og medikamenter etter liste
- Hjertestarter

Krav til bemanning:

Sykepleier i aktiv vakt 24/7.

Et minimumskrav til kompetanse for alle kommunale ø-hjelpssenger er sykepleier til stede 24/7 og minimum 5 legetimer pr seng pr uke. For tilbud der det ikke er lege til stede 24/7, kontaktes legevakt ved behov i det tidsrom ikke annen lege med ansvar for ø-hjelpsengene er tilgjengelig. Kommunen må gjøre en medisinskfaglig vurdering av om legetilgjengeligheten til ø-hjelpsengene er forsvarlig, dette spesielt med tanke på avstand til nærmeste legevakt.

3. Modell 2 – Tilpasset modell

For kommuner som ønsker å etablere et tilbud som er mer omfattende enn modell 1, men mindre omfattende enn modell 3 og 4 må det lages en tilsvarende beskrivelse av undersøkelser som utføres og utstyr som finnes i tillegg til en tilpasset beskrivelse av aktuelle pasientgrupper. Beskrivelsen skal sikre at behandlingen pasientene får er like god eller bedre sammenlignet med innleggelse i sykehus, og at pasienter som krever et høyere kompetanse- eller utstyrsnivå innlegges på sykehus.

4. Modell 3 og 4 – Avansert tilbud lokalisert i kommunen eller Avansert tilbud som en egen kommunal tjeneste samlokalisert med sykehus

Undersøkelser som skal kunne utføres og utstyr som må finnes (modell 3 og 4) i tillegg til det som er nevnt under modell 1:

- Røntgen
- Blodgassanalyse
- Troponin T/D-dimer
- Elektrolytter
- Hematologiske analyser
- Blærescanner
- Relevant akuttmedisinsk utstyr
- Hjertestarter
- Smertepumper
- Infusjonspumper
- Telemetri / skop

Krav til bemanning

Sykepleier i aktiv vakt 24/7.

Minimum 5 legetimer pr seng pr uke og lege tilgjengelig 24/7 for utrykning til ø-hjelpssengene på kort varsel.

5. Pasienter som kan være aktuelle for kommunale tilbud

5.1. Alle modeller:

Pasienter som er aktuelle for det kommunale tilbudet er pasienter med forverring av kjente tilstander, med avklart diagnose og funksjonsnivå.

Forut for innleggelse skal pasienten være tilsett av lege, og tilstanden må være avklart diagnostisk og behandlingsmessig ved innleggelse. Innleggende lege må ha vurdert risikoen for endring av diagnose og behandling som liten.

Pasienten må forventes utskrivningsklar til hjem eller annet kommunalt tilbud innen 72 timer. Tilbudet skal utelukkende brukes til pasienter hvor det foreligger medisinskfaglige vurderinger som tilsier at innleggelse er forsvarlig og hvor innleggelse i sykehus ikke er nødvendig.

5.2. Krever minst kompetanse og utstyr tilsvarende modell 1

- Korrigering av ernæringssvikt og dehydrering (uttørring) hvor kjent utløsende årsak er avklart
- Intravenøs behandling av diagnostisert infeksjonssykdom uten tegn på sepsis (blodforgiftning) og uten betydelig komorbiditet (samtidige sykdommer) eller akutt funksjonssvikt
- Forverring av KOLS (kronisk lungesykdom) uten betydelig komorbiditet der behandlingsopplegget er avklart
- Palliativ (lindrende) og terminal (livets sluttfase) omsorg av kreftsykdom når et videre behandlingsløp er fastlagt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten

5.3. Krever mer kompetanse og utstyr – modell 3 og 4

- Justering av pågående behandling av kjent kronisk sykdom som hjertesvikt og diabetes uten betydelig komorbiditet eller akutt funksjonssvikt
- Terminal fase av hjerte-/lungesvikt
- Behov for transfusjon av blod, væske eller elektrolytter der diagnosen er sikker og det ikke foreligger betydelig multimorbiditet eller akutt funksjonssvikt
- Brudd og skader der røntgenundersøkelse avklarer at sykehusinnleggelse ikke er nødvendig
- Cytostatikabehandling (cellegiftbehandling) etter fastsatt avtale med spesialisthelsetjenesten

5.4. Pasienter som ikke er egnet for kommunale ø-hjelpssenger og som skal henvises til sykehus

- Traumer med uavklart alvorlighetsgrad
- Akutt alvorlig sykdom (forløp< 1uke) hos eldre med uavklart diagnose, uttalt komorbiditet eller symptomatologi preget av akutt funksjonssvikt
- Akutt forverring av kjent kronisk sykdom der alvorlighetsgrad, komorbiditet eller rask funksjonssvikt tilsier innleggelse
- Rus/intoksikasjoner
- Psykiatri (vurderes eventuelt for tilgjengelige prehospitale DPS-tilbud)
- Pasienter som skal innlegges etter definerte (avklart nasjonale) pasientforløp (f.eks. hjerneslag, akutt hjerteinfarkt).
- Pasienter som ikke opplever rask bedring av subakutt sykdomsforløp under prehospital omsorg og behandling
- Hvis det ikke er ledig plass i det kommunale øyeblikkelig hjelp tilbudet.

6. Dokumentasjonskrav

Beskrivelse av rutiner for dokumentering av behandling og oppfølging, samt utskrivning

7. Kvalitetssikring og internkontroll

Beskrivelse av rutiner for kvalitetssikring av rutiner og drift, samt internkontroll.

Kommunen må gjøre en medisinskfaglig vurdering av om tilbudet er forsvarlig, spesielt sett i forhold til de pasientgrupper man ønsker å gi tilbudet til.

8. Evaluering

Beskrivelse av rutiner for jevnlig faglig evaluering av tilbudet.

9. Driftsplan

Driftsplanen bør minst inneholde følgende punkter:

- Innhold
- Organisering
- Kompetanse/ personellbehov/ tilgjengelighet
- Undersøkelser som må kunne utføres/ støttefunksjoner/ utstyr
- Pasienter som kan være aktuelle for innleggelse i kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud
- Pasienter som skal innlegges i sykehus
- Pasienter som bør få annet tilbud i kommunen
- Dokumentasjonskrav (EPJ-system)
- Elektronisk samhandling
- Sikring av faglig kompetanse (opplæring, utdanning)
- Telekommunikasjon, nødnett
- Kvalitetssikring
- Internkontroll/rutiner/retningslinjer
- Evaluering
- Økonomi/finansiering

Vedlegg 2 til Tjenesteavtale nr 4

Helsedirektoratets veileder for kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold:

http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmateriell/Sider/default.aspx

(Pr 7. mai 2012)