

Samarbeidsavtale mellom pasient, behandlingseenhet i Rusbehandling Midt-Norge og kommunal henviser/hjemkommune.

Hensikt

Avtalen skal sikre en gjensidig forståelse for ansvarsforhold, rutiner og effektiv ressursutnyttelse mellom kommunal henviser/hjemkommune og behandlingseenheten. Vi ønsker at pasienten skal kunne realisere egne ressurser og målsettinger og ha en opplevelse av forutsigbarhet, kontinuitet og trygghet i de tjenester han eller hun mottar. Alle pasienter skal gjennom avtalen sikres en reell mulighet for å medvirke ved gjennomføringen av aktuelle oppfølgings- og behandlingstiltak, herunder individuell plan og ansvars- / samarbeidsgrupper. Inkludering av pårørende, herunder barn som pårørende jf ny endring i helsepersonelloven på en god måte, er også viktig.

Omfang

Gjelder fra dato for avtaleinngåelse til dato for utskrivning fra behandlingseenheten. I tillegg har hjelpeapparatet et ansvar for å tilrettelegge for oppfølging evt annen behandling etter behandlingsslutt, tilpasset pasientens behov.

Grunnlagsinformasjon

Avtalen bygger på og må ses i sammenheng med gjeldene lovverk og samhandlingsavtalen mellom Rusbehandling Midt-Norge HF og kommunene i Midt Norge. Nærmere informasjon om samhandlingsavtalen finnes på www.rus-midt.no

Før behandling

Når det er avklart hvilken enhet som skal gi behandling, skal pasient, evt ledsager/pårørende, kommunal henviser/evt andre fra hjemkommune, kontaktperson ved enheten møtes for å planlegge oppstarten og sikre god samhandling. Det skal innhentes skriftlig, informert samtykke fra bruker/ pasient når det er aktuelt/ ønskelig å samhandle med andre. Dersom pasienten ønsker og har behov for individuell plan, skal dette utarbeides enten elektronisk eller på papir. Vedlagt følger en enkel mal. Det avtales en hensiktsmessig fordeling av reisevirksomhet.

Pasient

- Samarbeide med kommunal henviser/hjemkommune og behandlingseenheten slik at perioden før behandling kan planlegges og gjennomføres best mulig. Å gi informasjon om relevante forhold, evt. søke aktuelle ytelser, etc. vil være viktig.

Behandlingseenhet

- Gi god informasjon om behandlingstilbudets innhold, dvs. utfordringer og muligheter, herunder særskilte vilkår, regler og rutiner som det er viktig å avklare/drøfte før oppstart.
- Bidra til god involvering for pasient, pårørende og samarbeidspartnere, samt bidra til god intern samhandling i spesialisthelsetjenesten, herunder koordinere avrusning dersom det er aktuelt.

Kommunal henviser/hjemkommune

- Bidra til god involvering av kommunalt forankrede deltakere i nær dialog med pasient og andre, og etter søknad fatte vedtak om nødvendige tjenester. Dersom henviser er fastlege, er det viktig å avklare sosialtjenestens/NAVs rolle. Dersom sosialtjeneste/NAV er henviser er det viktig å avklare fastlegens rolle.
- Dersom pasienten har behov for en annen boligløsning som del av behandlingen, skal det lages en forpliktende plan for dette som gjør at behandling og ”trening” i bolig med egnet oppfølging går hånd i hånd.

Under behandling

Individuell plan for

Navn:

Fødselsdato:

Adresse:

Tlf:

Planen er utarbeidet/revidert av: (navn og arbeidssted på deltakerne i utarbeidelsen av planen)

Planansvarlig koordinator: (navn, arbeidssted og telefon)

Målsetting og behov: (beskriv helst konkrete og realistiske mål. Angi gjerne tidsperspektiv)

Oversikt over aktuelle tiltak og hvem som er ansvarlig:

Tiltak:

Ansvarlig:

Oversikt over nye tiltak som bør iverksettes i planperioden

Tiltak:

Ansvarlig:

Oversikt over andre nødvendige eller ønskelige samarbeidspartnere: (tjenesteytere, institusjoner eller andre ressurspersoner, inkl. forhold vedr pasientens barn)

Eventuelle barn:

(Navn, alder, pasientens omsorgsrolle og samværsavtale)

Nærmeste pårørende:

(Evt Kontaktperson for pårørende)

Planen skal gjelde i tidsperioden:

Tidspunkt for justering:

Tidspunkt for revisjoner av planen:

Særskilt om samtykke: (Hvem skal ha kopi av planen? Andre forhold)

Sted, (dato)

.....
(underskrift av planansvarlig)

.....
(underskrift av pasient)