**Samarbeidsavtale**

**om kriteriar for og framgangsmåte ved**

**bestilling av utstyr til kompresjonsbehandling**

mellom

**Helse Førde HF**

og

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Navn og org.nr.:**

benemnt som Partane i fellesskap, er det inngått fylgjande avtale:

**1. Bakgrunn**Helse Førde har ansvar for å skaffe behandlingshjelpemidlar til pasientar som har diagnosen lymfødem. HINAS (Helseforetakenes innkjøpsservice) har på vegne av landets helseføretak inngått ei rammeavtale om kjøp av behandlingshjelpemidlar til behandling av pasientar med lymfødem-diagnose. Avtalen blei gjeldande for Helse Førde frå og med 1. mai 2014. Fysioterapeuter som behandlar pasientar som Helse Førde har ansvaret for å utlevere behandlingshjelpemidler til, må foreta sine bestillinger i samsvar med dette avtaledokumentet (heretter kalt ”Avtalen”).

**2. Kriteriar for kostnadsdekning**

Fylgjande kriterie må vere oppfylt for at Helse Førde skal dekkje kostnader i samband med anskaffelse av behandlingshjelpemidler:

a) diagnosen primærlymfødem eller sekundærlymfødem må være stilt av legespesialist

b) Helse Førde dekkjer kun kostnader relatert til nødvendig helsehjelp.

c) kostnaden må gjelde anskaffelse av målsydde eller standard kompresjonsplagg, samt nødvendig kompresjonsmateriell. Helse Førde dekkjer ikkje fysioterapitakst el.l. i forbindelse med bestillinga.

d) Pasientar med primær- og/eller sekundærlymfeødem skal med jamne mellomrom, minimum kvart 10 år, vurderast av legespesialist.

**3) Kriteriar for bestilling av behandlingshjelpemidlar**

Bestilling av kompresjonsplagg kan utførast av fysioterapeut som har inngått skriftleg samarbeidsavtale med Helse Førde under forutsetning av at fysioterapeuten har dokumentert relevant spesialkompetanse innan lymfødembehandling. Relevant spesialkompetanse for rekvirering av ulike plagg er:

1) Fysioterapeuter med dokumentert spesialkompetanse i komplett fysikalsk lymfødembehandling, kan søkje om kostnadsdekning av både målsydde og standard kompresjonsplagg, samt nødvendig kompresjonsmateriell for pasient med diagnose lymfødem.

2) Fysioterapeuter med dokumentert grunnkurs i lymfødembehandling i regi av Norsk Fysioterapeutforbund, kan kun søke om dekking av standard kompresjonsplagg og nødvendig kompresjonsmateriell til pasienter med diagnose lymfødem.

**4. Behandlingsansvar**

Den behandlande fysioterapeuten har ansvaret for behandlinga av pasienten; dvs. oppfylgjing av pasienten og evaluering av behandlinga. Den behandlande fysioterapeuten er videre ansvarleg for å bestille nødvendig kompresjonsplagg som er nødvendig for behandlinga av pasienten.

**5. Avtalens varigheit**

Avtalen er gjeldande inntil den blir sagt opp av ein av Partene. Oppseiingsfristen er ein (1) månad. Oppseiinga må vere skriftleg. Avtalen gjeld frå dato til dato.

**6. Iverksetjing**

Denne Avtalen trer i kraft frå den dato Avtalen vart underteikna sist og når Helse Førde i forkant har mottatt nødvendig dokumentasjon på at kriteria i punkt 3 er oppfylt. Dersom dette ikkje er tilfelle, trer Avtalen i kraft fra det tidspunkt Helse Fødre har mottatt dokumentasjon på at kriteria i punkt 3 er oppfylt, seinest innan 3 veker frå Avtalen vart underteikna sist.

**7. Vedlegg**

Vedlegg til denne Avtalen er fylgjande dokument (heretter kalla ”Avtaledokumenta”):

- Bestillingsprosedyre

- Avtaleinformasjon

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bekrefter å ha gjort seg kjent med dei til eikvar tid gjeldande vedlegg til denne Avtalen, og godtar herved alle Avtaledokumenta som bindande.

**8. Kontaktpersoner**

Kontaktperson/koordinator for bedrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Navn:…………………………………………………………………………………..…………

Postadresse:……………………………………………………………………………………

Epost:……………………………………………………………………………………………..

Tlf:………………………………………………………………………………………………….

Kontaktperson/koordinator for Helse Førde: Eli-Nora Lundekvam

Epost: behandlingshjelpemiddelordninga@helse-forde.no

Tlf: 578 39540

**9. Signatur**

Avtalen er signert i to eksemplar, der Partane beheld eitt kvar.

På vegne av \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ På vegne av Helse Førde

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stad/dato: |  | Stad/dato: |
|  |  |  |
| **Navn:**  Stilling:…………………………………….  Bedrift:……………………………………  Kommune………………………………. |  |  |