

Delavtale nr. 2a

Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser

Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester

Samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger HF og kommunene i helseforetaksområdet

Innhold

1. Parter.....	4
2. Bakgrunn.....	4
3. Formål.....	4
4. Virkeområde	5
5. Lovgrunnlag	5
6. Brukermedvirkning, barn som pårørende og individuell plan.....	5
7. Generell ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen	6
7.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	6
7.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver	6
8. Hvordan samhandle om pasienter med særlig behov for sammenhengende og samtidige tjenester fra helseforetak og kommune	7
8.1 Hvem har behov for sammenhengende og samtidige tjenester.....	7
8.2 Felles ansvar og oppgaver.....	7
8.3 Kommunens ansvar og oppgaver.....	7
8.4 Helseforetakets ansvar og oppgaver	8
9. Barn og unge med psykiske lidelser og ruslidelser og deres familier.....	8
9.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	8
9.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver	9
10. Samhandling ved tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB).....	9
10.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	9
10.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver	9
11. Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP).....	10
11.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	10
11.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver	10
12. Tvang og sikkerhetsproblematikk.....	11
12.1 Tvang etter Lov om psykisk helsevern	11
12.1.1 Felles mål og ansvar	11
12.1.2 Kommunens ansvar og oppgaver.....	11
12.1.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver	11
12.2 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke for personer med ruslidelser.....	12
12.2.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	12
12.2.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver	12
12.3 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke av gravide med ruslidelser	12

12.3.1	Kommunens ansvar.....	12
12.3.2	Helseforetakets ansvar	12
13.	Prioriterte innsats- og utviklingsområder	12
13.1	Partene er enige om å prioritere følgende tema i første avtaleperiode.....	12
13.2	Partene vil prioritere å utarbeide standardiserte behandlingsforløp for	13
14.	Veiledning og kompetanseutveksling	13
14.1	Veiledning.....	13
14.2	Kompetanseutvikling	13
15.	Kommunikasjon og meldingsutveksling.....	14
16.	Oppfølging av avtalen.....	14
17.	Avvik og mislighold og uenighet	14
18.	Uenighet.....	14
19.	Iverksetting, revisjon og oppsigelse.	14

Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser

Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester

1. Parter

Avtalen er inngått mellom Randaberg kommune og Helse Stavanger HF, inkl. Jæren DPS, Rogaland A-senter (RAS), Frelsesarmeen behandlingsavdeling, og andre som har avtale med og opptre på vegne av helseforetaket.

En del av spesialisthelsetjenesten leveres av avtalespesialister som har direkte avtale med Helse Vest RHF. Det er enighet om at tjenester fra avtalespesialister skal være koordinerte og helhetlige og fungere i tråd med denne og de andre samarbeidsavtalene.

2. Bakgrunn

Denne delavtalen er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 5, første avsnitt, nr 2.

Avtalen bygger på helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, 1. ledd, nr. 2 om helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Samarbeidet mellom enkeltenheter i Helse Stavanger HF og den enkelte kommune beskrives i egne retningslinjer innenfor føringene i denne avtalen.

3. Formål

Formålet med avtalen er å bidra til gode rutiner for samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste om og med den enkelte pasient, samt å medvirke til bedre ressursutnyttelse i helse- og omsorgssektoren.

Avtalen skal bidra til:

- å fremme likeverdighet mellom partene og bidra til utvikling av samarbeidsformer ut over individrettede tiltak
- å klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver gjennom hele behandlingsforløpet for at pasienten skal oppleve en best mulig sammenhengende helse- og omsorgstjeneste
- et godt løsningsfokuseret samarbeid om pasienter med behov for samtidige tjenester fra helseforetaket og kommunen, og til at partene opptre samordnet og koordinert i møtet med pasient og pårørende/foresatte

- å sikre en effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene
- å redusere risikoen for uheldige hendelser
- å bidra til tidlig innsats i forhold til alder og forløp

4. Virkeområde

Avtalen omfatter samarbeid og ansvarsdeling om innleggelse, døgnopphold og poliklinikk, utskriving og samtidig oppfølging av pasienter¹ innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Delavtale 3 om innleggelser og delavtale 5 om utskrivningsklare pasienter gjelder på området. Betaling for utskrivningsklare reguleres i henhold til sentrale føringer.

5. Rettskilder

Partenes ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester og tiltak knyttet til dette er i hovedsak regulert i følgende lovverk med tilhørende forskrifter og retningslinjer:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61
- Lov om psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63
- Lov om helsepersonell mv. av 2. juli 1999 nr. 64
- forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Listen er ikke uttømmende og også bestemmelser i andre lovverk har betydning for partenes utførelse av oppgaver.

Partene har ansvar for til enhver tid å ha oppdatert kunnskap om gjeldende lovverk og endringer i disse som har betydning for utførelsen av helse- og omsorgsoppgaver. Partene har videre ansvar for å informere og lære opp egne ansatte, brukere og pasienter i nødvendige lovbestemmelser.

6. Brukermedvirkning, barn som pårørende og individuell plan

Partene skal legge til rette for brukermedvirkning for pasienter og pårørende, både på systemnivå og på individnivå. Alle pasienter og deres pårørende skal sikres reell mulighet til å planlegge og medvirke ved gjennomføring av behandlings- og oppfølgingstiltak. Pasientens uttalelser og medvirkning skal dokumenteres underveis.

Partene har ansvar for å informere pasient og pårørende om pasient- og brukerrettigheter, og til å innhente samtykke som en naturlig del av pasientoppfølgingen. Partene skal informere og sikre pasienten rett til individuell plan og sammenhengende og koordinerte tjenester gjennom hele behandlingsforløpet.

Både kommunen og helseforetaket skal ha rutiner som ivaretar informasjon og sikrer identifisering og oppfølging av barn som pårørende. Helsepersonell skal, når det er nødvendig for å ivareta disse interessene hos barnet, gi informasjon til samarbeidende personell hvis ikke pasienten motsetter seg dette.

¹ «Pasient» leses som «pasient/bruker» der dette passer.

7. Generell ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen

Avtalen bygger på den generelle ansvars- og oppgavefordeling før, under og i forlengelsen av behandling i spesialisthelsetjenesten. Det vises for øvrig til delavtaler nr. 3 og 5 om innleggelse og utskriving av pasienter i sykehus. Pasientforløp og samhandling for pasienter med psykiske lidelser med særlig behov for sammensatte og samtidige tjenester beskrives i kap. 8.

7.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Dette omfatter forebygging, tidlig intervensjon, henvisning, behandling, rehabilitering og andre helse- og omsorgstjenester.
2. etablere et system for mottak av varsel om innleggelse/varsel om endring i pasientens tilstand eller hjelpebehov
3. sørge for kontaktperson og informere helseforetaket om denne
4. sende skriftlig henvisning med klinisk problemstilling til aktuell avdeling ved planlagt innleggelse inkludert medikasjon og informasjon om hvilke tjenester pasienten mottar
5. sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres dersom en pasient har behov for tilbud fra både helseforetaket og kommunen
6. ta kontakt med aktuell avdeling ved behov for øyeblikkelig hjelp
7. informere kontaktperson i behandlende enhet i helseforetaket, pasienten og eventuelt pårørende om kommunal saksgang og vedtak som har betydning for pasientens utskriving
8. kartlegge og avklare pasientens behov for tjenester, herunder behov for psykisk helsearbeid, sosial og psykososial rehabilitering og behov for bolig
9. beslutte og fatte vedtak om tjenester og iverksette disse
10. ta initiativ og delta i samarbeidsmøte der det er hensiktsmessig
11. iverksette rutiner for samtidig oppfølging av pasienter med behov for sammensatte og samtidige tjenester, jf. rutiner for dette, jf. kapittel 8

7.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. vurdere, utrede, diagnostisere og behandle pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester
2. sørge for kontaktperson og sende melding til henvisende instans og avtalt kontaktpunkt i kommunen dersom pasienten har eller kan få behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utredning og behandling
3. varsle kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering når det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen og medvirke i kommunens arbeid med individuell plan
4. vurdere og beskrive pasientens funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen og forventet fremtidig utvikling under eller etter behandling i helseforetaket
5. sikre at alle pasienter inkludert barn og unge innen psykisk helsevern blir kartlagt i forhold til ev. rusmiddelmissbruk
6. bistå pasienten med søknad om kommunale helse- og omsorgstjenester (kommunen definerer type og omfang av tjenester)
7. sørge for at pasienter og pårørende får god og ensartet informasjon om diagnose og videre plan for oppfølging og invitere til samarbeidsmøte der dette vurderes hensiktsmessig
8. sende epikrise og utskrivningsrapport til rett instans i kommunen
9. forsikre seg om at den nødvendige oppfølging og koordinering er forankret i kommunen
10. vurdere pasientens behov for tjenester etter utskriving i samarbeid med kommunen
11. iverksette rutiner for samtidig oppfølging av pasienter med behov for sammensatte og samtidige tjenester, jf. rutiner for dette, jf. kapittel 8

8. Hvordan samhandle om pasienter med særlig behov for sammenhengende og samtidige tjenester fra helseforetak og kommune²

Dette kapitlet gjelder samhandling om og med pasienter med særlig omfattende og langvarige behov for samtidige tjenester fra helseforetak og kommune ut fra følgende prinsipper:

- tjenestene fra kommunen og helseforetaket skal utfylle hverandre
- helseforetaket vektlegger ambulante og polikliniske arbeidsformer
- fokus flyttes fra definerte tradisjonelle ansvarsområder og avgrensninger til fokus på muligheter som partene kan få til i fellesskap
- brukerperspektivet legges til grunn for samarbeidet, uavhengig av sakens kompleksitet

Pasienter som har størst behov for sammenhengende og samtidige tjenester, og som vurderes å ha best nytte av systematisk samarbeid, skal prioriteres.

8.1 Hvem har behov for sammenhengende og samtidige tjenester

Bruker med behov for sammenhengende og samtidige tjenester kan være

- barn og unge med alvorlig psykisk lidelse, herunder gjennomgripende utviklingsforstyrrelser
- pasienter med alvorlig psykisk lidelse med mange innleggelse eller langvarig innleggelse i det psykiske helsevernet og pasienter med sikkerhetsproblematikk
- pasienter med ruslidelse som har rett på tjenester etter prioriteringsforskriften og som har behov for særlig oppfølging for å nyttiggjøre seg behandling
- pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelse)
- gravide og kvinner med spedbarn som har vært eksponert for rusmidler i svangerskapet, foresatte som har langvarig eller alvorlig psykisk lidelse og/eller ruslidelse som har daglig omsorg for barn og ungdom

8.2 Felles ansvar og oppgaver

1. utpeke kontaktperson/koordinator og ha et system for at det til enhver tid er en person som pasient og samarbeidsparter skal forholde seg til hos hver av partene
2. utarbeide eller videreføre individuell plan og/eller rehabiliteringsplan og konkrete tiltak inkludert mestringsplan og ev. kriseplan
3. inngå avtale mellom partene der en pasient har behov for formaliserte sammenhengende og samtidige tjenester. Avtale kan også inngås der pasienten ikke ønsker en individuell plan.
4. avklare koordinatorrollen og opprette ansvarsgruppe
5. kartlegge om pasienten har omsorg for barn og iverksette nødvendige tiltak for å forsikre seg om at barnet blir ivaretatt

8.3 Kommunens ansvar og oppgaver

1. delta aktivt mens pasienten er til utredning og behandling i helseforetaket
2. ha ansvar for koordinering med helseforetaket om ikke annet er avtalt
3. planlegge utskrivning og klargjøre hvilke tjenester kommunen skal bidra med
4. sørge for at fastlegen er informert og tar aktivt del i oppfølgingen av pasienten

² Samtidige tjenester: Tjenester fra begge parter samtidig. Felles utføring av tjenesteoppdrag (ikke veiledning)

Sammenhengende tjenester: Tjenester fra helseforetaket og fra kommunen skal utfylle hverandre og være koordinerte

Sammensatte tjenester: Tjenester fra flere enheter/instanser

5. koordinere samordning mellom fastlege, de kommunale tjenestene og ev. NAV
6. utarbeide eller følge opp individuell plan på grunnlag av forpliktende bidrag fra kommune og helseforetaket
7. ha ansvar for koordinering, planlegging og tilrettelegging av tjenestene og delta aktivt i oppfølgingen av den enkelte pasient sammen med helseforetaket
8. vurdere og iverksette rehabiliteringstiltak
9. iverksette hjelpetiltak for å styrke pasientens omsorgskompetanse for egne barn på grunnlag av spesialistutredning og egen kartlegging

8.4 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. invitere til avklaringsmøte og avtale sammenhengende og samtidig oppfølging i form av ambulante tjenester og mestringsplan, inkludert kriseplan, med kommunen. Dette skal være dokumentert i pasientjournal og ev. individuell plan.
2. klargjøre hvilke tjenester og ressurser helseforetaket skal bidra med og utnevne behandlingsansvarlig. Vedkommende har også behandlingsansvar etter utskrivelse.
3. utføre spesialistutredninger med tanke på rehabiliteringstiltak og oppfølging i kommunen
4. foreta farlighetsvurdering der dette er nødvendig for utforming av tjenestetilbud
5. bistå kommunen med råd og veiledning når en bruker med behov for sammenhengende og samtidig oppfølging, motsetter seg, skriver seg ut eller ikke lenger har rett på behandling
6. delta aktivt i tjenestene i samarbeid med og samtidig med kommunen på brukers arena

9. Barn og unge med psykiske lidelser og ruslidelser og deres familier

Avtalen omfatter alle barn og unge med psykiske lidelser, herunder gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og/eller ruslidelser.

Partene skal legge til rette for en så tidlig utredning/diagnostisering og behandlingsforløp som mulig i barnets liv. Både helseforetak og helse- og omsorgstjenestene i kommunen skal i disse sakene forholde seg til barnets foresatte som ivaretar barnets interesser. Samtykke til utredning og innleggelse skal foreligge dersom barnet er under 16 år.

Både på kommunalt og statlig nivå vil barnevernet være en sentral samhandlingsaktør i en del av disse sakene. Når det gjelder pasienter hvor barneverntjenesten har overtatt den daglige omsorgen for disse barna, opptrer det kommunale barnevernet som barnets foresatte.

I sammensatte saker hvor ansvarsforholdene er uavklarte mellom helseforetaket og kommunen, skal det samhandles i tråd med retningslinjer for Avklarende Team³.

9.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. kartlegge og identifisere barn og unge i risikosituasjoner og iverksette tidlig intervensjon og nødvendige tiltak
2. definere kontaktpunkt for barn og unge
3. avklare rollene til fastlegen, PPT, helse- og omsorgstjenesten og barnevernet i forhold til kontaktpunkt for barn og unge
4. utpeke koordinator for familier som mottar samtidige og sammenhengende tjenester og delta i behandlingsforløpet

³ Det ble 07.01.2009 inngått avtale om samarbeid mellom Stavanger Universitetssjukehus (SUS) Psykiatrisk divisjon, Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), fagteamområde Stavanger og Jæren, familievernkantorene i Stavanger og Egersund og Rogaland A-senter (RAS)

5. sikre overgangen fra «barn til voksen» for pasienter med rett på individuell plan og behov for koordinering

9.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. sørge for lavterskeltilbud ved å bidra med spesialistkompetanse på helsestasjonene og organisere fast konsultasjons- og veiledningstjeneste i alle poliklinikker
2. vurdere henvisninger ved aktuell enhet (sengepost/poliklinikk/spesialenheter) og gi rask tilbakemelding til henvisende instans og ev. andre der det vurderes å være behov for samarbeid med kommunale tjenester
3. sørge for at alle barn og unge har fått en pasient- og behandlingsansvarlig navngitt person
4. utpeke koordinator for familier som mottar samtidige og sammenhengende tjenester og delta i avtalt samarbeid
5. bidra med poliklinisk og/eller ambulerende oppfølging, gi råd og veiledning og samarbeide med kommunen over tid der dette er avtalt
6. sikre overgangen fra «barn til voksen» ved behov for sammensatte tjenester.
7. vurdere å utsette avslutning av behandlingen i enkelte saker hvor det er sannsynlig at det kan bli behov for ny henvisning etter anmodning fra kommunen
8. vurdere behov for tverrfaglige spesialiserte rustjenester

10. Samhandling ved tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)

Behandling i TSB innebærer ofte langvarige og omfattende endringsprosesser for pasient og pårørende. Planlegging av behandlingsforløpet må sikre et langsiktig og helhetlig tilbud som ivaretar behovet for samtidige og koordinerte tjenester. Både kommuner og spesialisthelsetjeneste skal følge opp pasienten under hele forløpet for å unngå brudd i behandlingen og forhindre/ redusere tilbakefall.

10.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. for pasienter med rett til en individuell plan bør henvisningen være en videreføring av pågående samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fastlegen, NAV og andre samarbeidsparter
2. fastsette hvem som utøver henvisning til TSB etter gjeldende retningslinjer
3. henviser til TSB etter mal utarbeidet av helseforetaket og inneholde nødvendig informasjon i samsvar med retningslinjer
4. avklare nødvendige garantier og dekning av utgifter med NAV
5. avklare pasientens kontaktperson i kommunen med ansvar for deltakelse i ansvarsgruppe under behandlingen og planlegging av tjenester og oppfølging etter behandling
6. initiere behandlingsforberedende tiltak i samarbeid med helseforetaket
7. legge til rette for rehabilitering og integreringstiltak, i god tid før planlagt utskriving fra TSB og planlegge arbeid og aktivitetstilbud i samarbeid med NAV
8. medvirke til at pasienter som har gjennomført TSB har egnet bolig og prioritere tildeling av bolig til pasienter som har gjennomført TSB

10.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. gi øyeblikkelig hjelp ved somatisk og psykiatrisk akuttmottak
Akutt tjenester innen TSB kan enten skje poliklinisk eller ved innleggelse og er et supplement til øyeblikkelig hjelp. Disse går ikke via vurderingsenhetene, men via vakthavende lege.

2. vurdere henvisningen fra kommunen i en tverrfaglig sammensatt vurderingsenhet
Vurderingen følger pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser og prioriteringsforskriften.
3. gi en skriftlig tilbakemelding til pasient og henviser
Tilbakemeldingen skal inneholde relevant og tilstrekkelig informasjon om den vurdering som er gjort.
4. holde kontakt med henviser i perioden før behandlingsstart
5. utpeke kontaktperson/behandler med ansvar for deltakelse i behandlingsforløpet i henhold til kap. 7 og 8
6. utrede pasientens behov for behandling/rehabilitering i forlengelse av tilbud i spesialisthelsetjenesten, og samarbeide med kommunen om iverksetting av rehabiliteringstiltak og samtidig oppfølging, inkludert mestringsplan og ev. kriseplan
7. følge opp pasienten i forlengelsen av behandlingsavbrudd/utskrivning enten poliklinisk eller fra døgntilbud. Avbryter pasienten selv behandlingen, skal kommunen orienteres og tiltak med sikte på gjenopptagelse av behandling drøftes.

11.Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP)

Målgruppen er personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. Personer med ROP-lidelser har rett til nødvendig helsehjelp uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke.

Hovedansvaret for behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse ligger hos psykisk helsevern, både ved mindre alvorlig og alvorlig ruslidelse, mens TSB har hovedansvaret for behandling av pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse.

For å ivareta et sammenhengende tilbud skal den instans som først kommer i kontakt med en person med ruslidelse og psykiske lidelser, sikre at personen følges opp og vurdere behovet for individuell plan.

11.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. identifisere og følge opp personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer
2. sørge for gode rutiner for samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV
3. sørge for nødvendig kompetanse til å gjennomføre kartlegging av rusmiddelproblemer og psykiske problemer
4. medvirke og bidra til kartlegging av hjelpebehov, ressurser og funksjonsnivå som grunnlag for iverksetting av rehabiliteringstiltak og oppfølging etter utskrivning
5. medvirke til at pasienter med ROP-lidelser har egnet bolig etter institusjonsbehandling
6. legge til rette for meningsfulle aktiviteter i samarbeid med NAV

11.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. sørge for at pasienter med ROP-lidelse får et samordnet og integrert behandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten
2. sørge for tjenester som dekker behandlingsbehovet for pasienter med ROP-lidelser når pasienten bor hjemme, i ulike typer boliger, eller når pasienten er innlagt i institusjon, også når personen er innsatt i fengsel
3. henvise direkte til aktuell behandlingsinstans innenfor TSB hvis pasienten har rett til behandling for rusmiddelavhengighet, og dette ikke kan tilbys/gjennomføres innenfor psykisk helsevern

4. vurdere behov for rehabiliteringstiltak i overgangen fra institusjonsopphold til egen bolig og kartlegge og beskrive fungeringsnivå som grunnlag for kommunens vurdering av tjenester
5. følge opp pasienter med ROP-lidelser ved DPS når hovedansvaret ligger i kommunen. Ved tilbakefall eller krise skal det være mulighet for innleggelse i DPS eller akuttavdeling.
6. gi akutt veiledning til kommunen ved behov

12. Tvang og sikkerhetsproblematikk

12.1 Tvang etter Lov om psykisk helsevern

12.1.1 Felles mål og ansvar

1. Begge parter tilstreber mest mulig frivillighet i behandling og oppfølging. Tiltak for å øke frivillighet bør settes inn gjennom hele pasientforløpet: Forebyggende/tidlig intervensjon, i innleggelsessituasjonen, det første døgnet av innleggelsen, under innleggelsen og etter utskrivelse.
2. Begge parter har mål om redusert og riktig bruk av tvunget psykisk helsevern, samtidig som hensynet til sikkerhet for personal, andre pasienter og samfunnet for øvrig blir forsvarlig ivaretatt.
3. Når det utøves tvang, skal begge parter legge vekt på at dette gjennomføres på en måte som gir pasienten minst mulig traumatisk opplevelse av tvangstiltaket.
4. Begge parter har ansvar for å fremme kultur og holdninger preget av høy grad av bruker- og pårørendeinvolvering og fleksible og brukervennlige løsninger.

12.1.2 Kommunens ansvar og oppgaver

1. identifisere brukere med høy risiko for tvangsinnleggelse
2. initiere samarbeidsmøte med helseforetaket for felles strategi for enkeltbrukere angående tvangsforebyggende tiltak
3. følge opp pasienter på tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold og bistå i gjennomføring av tvangstiltakene
4. be helseforetaket om veiledning og vurdering av farlighet og risiko for brukere som kan representere en fare for seg selv og andre
5. delta i planlegging av rehabiliteringstjenester og oppfølging sammen med helseforetaket når pasienter med sikkerhetsproblematikk skal utskrives til kommunen

12.1.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. identifisere pasienter med høy risiko for tvangsinnleggelse
2. initiere samarbeidsmøte med kommunen for felles strategi for enkeltbrukere angående tvangsforebyggende tiltak
Ved tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold skal det vektlegges helhetlig oppfølging. Som hovedregel er det ikke tilstrekkelig med oppfølging kun ved medikamentell behandling
3. gi bistand og veiledning til kommunehelsetjenesten
4. ha etablert tiltak for oppfølging av pasienter som representerer fare for andre (sikkerhetspsykiatri) etter utskrivning fra sikkerhetsavdeling og etter frivillig opphold
5. bistå kommunen med «farlighetsvurderinger» på anmodning, der vilkårene for dette er til stede
6. planlegge rehabiliteringstjenester og oppfølging i samarbeid med kommunen når pasienter med sikkerhetsproblematikk skal utskrives til kommunen

12.2 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke for personer med ruslidelser

Det vises til gjeldende lover for tilbakeholdelse i institusjon.

12.2.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. fatte vedtak og reise sak for Fylkesnemnda for sosiale saker, som er den rettsinstans som beslutter tilbakehold med bruk av tvang
2. ta kontakt så tidlig som mulig med koordinator for tilbakehold med bruk av tvang og sende utfyllende informasjon til inntaksteamet når vedtak er fattet
3. sende sak ved hastevedtak om endelig vedtak til fylkesnemnda innen 2 uker
4. fatte vedtak om urinprøvetaking og analyser i Fylkesnemnda
5. sørge for at pasienten møter

12.2.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. gjennomføre tvangstilbakeholdet etter haste- eller fylkesnemnds vedtak
2. vedta dato for avrusing og videre tilbakehold når vedtak foreligger
3. informere kommunen før en utskrivning

12.3 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke av gravide med ruslidelser

Det vises til gjeldende lover for tilbakeholdelse i institusjon for gravide.

12.3.1 Kommunens ansvar

1. konsultere RAS som kan drøfte detaljer i tilbudet ved anvendelse av tilbakeholdelse i forhold til gravide før kommunen gjør vedtak
2. varsle RAS om mulig kommende innleggelse
3. fatte midlertidige vedtak om innleggelse
4. sørge for at midlertidig vedtak er RAS i hende senest 48 timer etter innleggelsen
5. opprette og innkalle ansvarsgruppe og gi melding om hvem som er med og hvem som er kontaktperson
6. fatte vedtak om urinprøvetaking og analyser i Fylkesnemnda
7. sende sak om endelig vedtak til Fylkesnemnda innen 2 uker
8. følge opp under institusjon, jf. punkt om generell oppfølging i institusjon

12.3.2 Helseforetakets ansvar

1. ta imot melding om mulig innleggelse, og sørge for å ta imot den gravide
2. utpeke koordinator/kontaktperson og melde-fra til kommunen hvem som møter i ansvarsgruppen
3. Helseforetaket kan i henhold til spesialisthelsetjenesteloven |§ 2.6 skrive ut en pasient, men kan ikke oppheve et vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10.3. Det er viktig at det er dialog i forkant av en evt. utskrivelse.

13. Prioriterte innsats- og utviklingsområder

13.1 Partene er enige om å prioritere følgende tema i første avtaleperiode

1. utvikle felles forståelse og felles kunnskapsgrunnlag for psykososial rehabilitering og samtidige tjenester i overgangen mellom institusjonsbehandling og egen bolig
2. utvikle felles forståelse og felles kunnskapsgrunnlag for oppfølging til familier med barn som har en psykisk lidelse og/eller ruslidelse
3. utvikle felles forståelse og felles kunnskapsgrunnlag for oppfølging av barn som lever i familier med foreldre med psykisk lidelse / ruslidelse

4. utvikle kompetanse og retningslinjer for arbeid med pasienter med sikkerhetsproblematikk som ikke oppfyller kriteriene for alvorlig psykisk lidelse
5. utvikle samarbeidsformer for folkehelsearbeid og forebyggende tiltak med fokus på fysisk aktivitet, livsstilsendring, læring og mestring
6. utvikle felles system og rutiner for deling av informasjon

13.2 Partene vil prioritere å utarbeide standardiserte behandlingsforløp for

1. arbeid med gravide med rusavhengighet
2. arbeid med pasienter i legemiddelassistert rehabilitering

14. Veiledning og kompetanseutveksling

14.1 Veiledning

- Helseforetaket skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.
- Partene skal kjenne til den andre avtalepartens tjenestetilbud, rammer og arbeidsmåter og bidra til at det ikke skapes urealistiske forventninger i oppgaveløsningen.
- Partene skal etablere et system som gir tilgang til hverandres kompetanse, når det gjelder samarbeid rundt enkeltpasienter, herunder mulighet for å konferere med helse- og omsorgspersonell / ambulante tjenester i helseforetaket i en akutt situasjon
- Helseforetaket skal ved behov gi veiledning om enkeltbrukere der kompetanse må overføres i praktisk samhandling med bruker
- Partene skal ta initiativ til gjennomføring av samarbeidskonferanser om veiledning.

14.2 Kompetanseutvikling

- Planlegge møter arrangert for bestemte faggrupper eller med fastlagt tema
- Avtale samarbeidsprosjekter
- Fortsette hospitering eller besøksordninger for at ansatte skal bli kjent med begge parters arbeidssituasjon og arbeidsmetodikk.
- Utvikle kompetanse i forebyggende tiltak innen psykisk helse og rusmiddelbruk
- Bruke kompetansesentra aktivt for å utvikle kompetanse og tjenesteutvikling i kommunen og spesialisthelsetjenesten⁴

⁴KORFOR, Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest RHF
SESAM, Regionalt kompetansesenter for eldre medisin og samhandling
RVTS-Vest, Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
TIPS, Regionalt nettverk for klinisk psykoseforskning i Helse Vest RHF
RKBUP-Vest, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge
Partnerskap for folkehelse med Rogaland fylkeskommune og kommunene
HPH, Norsk nettverk for helsefremmende sykehus og helseforetak
Korus Vest-Stavanger

15. Kommunikasjon og meldingsutveksling

Når elektronisk kommunikasjonsløsning for samhandling mellom kommunen og helseforetaket er innført, skal denne benyttes via Norsk Helsenett. Der det er utviklet egne fagspesifikke maler for meldingsutveksling, skal disse benyttes hvis ikke annet er avtalt. Inntil sykehuset har tatt i bruk elektronisk medikamentmodul, tilbys kommunene utskrivningsrapport som en tilpasset epikrisemelding.

Dersom elektronisk meldingsutveksling ikke er etablert, skal en anonymisert faks benyttes. Ved bruk av faks identifiseres pasienten kun ved bruk av initialer og fødselsår. Mottaker av faksen kontaktes i forkant (se aktuelle nummer i kommunene på www.sus.no/samhandling, kontaktinformasjon).

Meldinger, sendt og mottatt, skal dokumenteres av begge parter.

16. Oppfølging av avtalen

Det vises til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder samhandling mellom partene.

Samhandlingsutvalget vurderer hvordan avtalen nærmere skal følges opp, f.eks. ved opprettelse av et fagråd for de områder som omhandles i denne avtalen. Møter i et ev. fagråd bør avholdes minst to ganger pr. år. Et ev. fagråd har representasjon fra kommunene og helseforetaket.

Et fagråd for psykisk helse og ruslidelser kan ha til oppgave å:

- følge opp avtalens innhold og bidra til å gjøre avtalen kjent
- følge opp spørsmål og meldinger om avvik i forhold til avtalen på systemnivå
- gi råd til ansvarlige organer når det gjelder samhandling, tolking og utvikling av avtalen
- oppnevne arbeidsgrupper for å følge opp prioriterte innsats- og utviklingsområder
- arrangere årlige samarbeidskonferanser
- ta opp og drøfte aktuelle problemstillinger knyttet til forståelse og utvikling av avtalen
- kartlegge og vurdere årsak til reinnleggelser og svingdørsproblematikk

17. Avvik og mislighold

Det vises til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder håndtering av avvik og mislighold.

18. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtale skal løses etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale.

19. Iverksetting, revisjon og oppsigelse.

Bestemmelsene vedrørende iverksetting, revisjon og oppsigelse i punkt 14 i overordnet samarbeidsavtale gjelder tilsvarende for denne delavtalen.

Dato,

Randaberg kommune

Dato,

Helse Stavanger HF