

# Høringsutkast. Høringsfrist 030611.

## Retningslinjer for samhandling mellom kommunene i Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital, divisjon Psykisk Helsevern

Retningslinjene beskriver samhandling på både individ – og administrativt nivå.

Kommunene varierer med hensyn til størrelse og utfordringsområder. Dette krever ulike tilpasninger til samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste.

### 1.0 Partene som omfattes av retningslinjene:

- Kommunene i Sør-Trøndelag
- St.Olavs Hospital, Divisjon Psykisk Helsevern

### 2.0 Formål

- Å bevisstgjøre partene til å samhandle for å sikre at pasienter over 18 år får et faglig godt og helhetlig tilbud gjennom effektiv ressursutnyttelse. Pasienten skal oppleve et sammenhengende behandlings – og tjenestetilbud.
- Pasienten skal møte et helsevesen som preges av rask ansvarsavklaring, ensartet opptreden og tydelig oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.
- Ved tidlig intervensjon kan pasientens egen mestring støttes og eventuelt funksjonstap forebygges.

### 3.0 Verdigrunnlag

- Grunnleggende verdier er helhetstenkning, likeverd og respekt.
- Brukermedvirkning skal ha en sentral plass i planlegging og gjennomføring av tiltak.

### 4.0 Målgruppe

- Retningslinjene omhandler pasienter over 18 år (PUT fra 15 år) som har behov for koordinerte tjenester fra både kommune – og spesialisthelsetjenesten.
- Det foreligger egne retningslinjer for samhandlingen mellom St. Olavs Hospital og kommunene når det gjelder pasienter under 18 år.

### 5.0 Sentrale dokumenter

LOV 1982 endret fra 2009-12-11 [Kommunehelsetjenesteloven](#) (under revidering)  
LOV 1991 endret fra 2009-12-18 [Sosialtjenesteloven](#) (under revidering)  
LOV 1999 endret fra 2009-12-18 [Spesialisthelsetjenesteloven](#)  
LOV 1999 endret fra 2008-12-19 [Psykisk helsevernloven](#)

LOV 1999 endret fra 2010-04-09 [Pasientrettighetsloven](#)  
LOV 1999 endret fra 2010-04-09 [Helsepersonelloven](#)

2000-12-21 nr.1409: [Forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet](#)  
2001-06-28 nr. 765: [Forskrift om habilitering og rehabilitering](#)  
2004-12-23 nr.1837: [Forskrift om individuell plan](#)

St.meld.nr. 47 (2008-2009): [Samhandlingsreformen](#)

[Nasjonal helse- og omsorgsplan \(2011-2015\)](#) Fremtidens helsetjeneste:  
trygghet for alle

[Samarbeidsavtale St Olav og kommunene.doc](#) (01.07.2004)

## **6.0 Samhandling ved henvisning til spesialisthelsetjenesten**

- Helsepersonell i kommunehelsetjenesten kan ved behov for drøfting ta kontakt med den instansen i Psykisk Helsevern som antas å kunne svare på problemstillingen – vakthavende lege, pasientens kontaktperson eller DPS'enes ambulante akutt-team (AAT)

### **6.1. Øyeblikkelig helsehjelp**

- Ved behov for øyeblikkelig helsehjelp og eventuelt innleggelse i akuttavdeling ved sykehus kontaktes pasientens fastlege eller legevakt for raskest mulig vurdering av helsetilstanden.

### **6.2 Akutt vurdering ved DPS**

- DPS'ene har ambulante akutt-team (AAT) som tilbyr poliklinisk vurdering i løpet av neste virkedag etter henvendelse, - direkte til DPS på dagtid eller til vakthavende lege på kveld/helg.

### **6.3 Henvisninger til behandling i spesialisthelsetjenesten**

- Det skal være skriftlige henvisninger til poliklinisk behandling og døgntilrettelagt behandling som ikke er akutt. Henvisningen skal inneholde tilstrekkelige opplysninger til at behandlingstilbud og prioritering kan vurderes.

[Henvisningens innhold](#)

## **7.0 Samhandling under innleggelse**

- Kontaktperson i spesialisthelsetjenesten tar initiativ til samhandling med kommunehelsetjenesten. Pasientens samtykke innhentes.
- Så snart det er klart at pasienten vil ha behov for kommunale tjenester skal kommunehelsetjenesten kontaktes.
- Såfremt pasienten ikke motsetter seg det skal pasientens fastlege informeres innen 3 virkedager etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten.
- Det avholdes samhandlingsmøter om pasienter som har døgnopphold i spesialisthelsetjenesten innen 5 virkedager etter at kommunehelsetjenesten er kontaktet. Dette gjennomføres selv om døgnoppholdet er avsluttet.
- Spesialisthelsetjenesten skal sikre at det blir gitt informasjon til kommunehelsetjenesten i god tid før utskriving. Ved lang tids døgnopphold i avdeling eller langvarig poliklinisk behandling skal fastlege og annen kontaktperson i kommunehelsetjenesten holdes jevnlig orientert om situasjonen.
- Hvis pasienten har mindreårige barn som pårørende skal dette journalføres, og - sammen med pasienten, skal det vurderes om det er behov for tiltak.

[Gjennomføring av samarbeidsmøter](#)

[Avtalenotat - skjema](#)

## **8.0 Samhandling når pasienten er vurdert til å være utskrivingsklar**

- Når behandlingsansvarlig lege eller psykolog har vurdert at pasienten ikke lenger har behov for videre utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten, vil pasienten være utskrivingsklar. Det skal da gjøres en vurdering sammen med kommunehelsetjenesten om når pasienten kan skrives ut og det lages en tidsplan for utskriving.
- Pasienter defineres som utskrivingsklare når pasientforløpet er i en behandlings/rehabiliteringsfase der både kommune - og spesialisthelsetjeneste samarbeider om et helhetlig pasientforløp. Kommune – og spesialisthelsetjeneste skal – om mulig sammen med pasienten, ha en felles forståelse av hvilke tiltak som må inngå i tjenestene og evt. videre behandling. Pasienten defineres som utskrivingsklar uavhengig av om kommunene har tilbudene – f.eks tjeneste, aktivitet – eller botilbud, tilgjengelig eller ikke.

[Utskrivingsklar pasient - definisjon](#)

## 9.0 Individuell plan - IP

- Pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten har en behandlingsplan. Alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal på tidligst mulig tidspunkt gis informasjon om rettigheten til individuell plan.
- Det skal innhentes samtykke fra pasient eller verge når det er aktuelt med tverrfaglige vurderinger og utarbeidelse av individuelle planer.
- Pasienten skal gis anledning til å delta i utarbeidelse, gjennomføring og evaluering av sin individuelle plan.
- Pasientens kontaktperson i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten skal ved behov ta initiativ til å igangsette arbeidet med individuell plan. Kontaktpersoner fra begge tjenestenivåene skal samhandle om planen for å bidra til at pasienten får et helhetlig tilbud.
- Den instans som beslutter at individuell plan skal utarbeides, har som hovedregel ansvaret for at det oppnevnes en koordinator.

[Felles retningslinjer for individuell plan](#)

## 10.0 Kompetanseheving og fagutvikling

- Samarbeidsformene må tilpasses lokale forhold og evalueres. Felles kompetansebyggende tiltak som etter – og videreutdanning og felles fagdager, forankres i de kliniske samarbeidsutvalgene.

### 10.1 Veiledning

- Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten innehar unik kunnskap på sine respektive ansvarsområder. Gjensidig utveksling av kunnskap og informasjon skal bidra til helhetlige pasientforløp.
- Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt i forhold til kommunehelsetjenesten. Veiledning kan være av generell faglig karakter, eller den kan være knyttet til pasient. Veiledning kan gis individuelt eller til grupper. Faste veiledningsmøter kan også avtales.

## **11.0 Samhandling på administrativt nivå**

### **11.1 Administrativt samarbeidsutvalg – ASU**

- Administrativt samarbeidsutvalg har som oppgave å behandle saker av prinsipiell og generell karakter. Utvalget består av representanter fra kommunene og St.Olavs Hospital, fylkeslegen og KS.

### **11.2 Klinisk samarbeidsutvalg – KSU**

- Det er etablert kliniske samarbeidsutvalg for hvert av DPS – områdene med deltakelse fra kommunene, DPS, avdeling Østmarka og divisjonsledelsen.
- Hovedoppgaven for de kliniske samarbeidsutvalgene er å skape dialog og gjensidig forståelse som grunnlag for god samhandling på vegne av den enkelte pasient. Dette omhandler utvikling av helhetlige pasientforløp og utveksling av informasjon og kompetanse.
- Klinisk samarbeidsutvalg skal behandle uenighetssaker mellom kommunen og psykisk helsevern. Hvis saken ikke kommer til avklaring skal den videresendes til administrativt samarbeidsutvalg via St.Olavs Hospital, enhet for samhandling (ved uenighet skal saksgangen være i henhold til pkt. 7 i samarbeidsavtalen).
- Behov for iverksetting av tiltak som medfører merkostnader for det andre forvaltningsnivået skal behandles og godkjennes av den som får kostnaden før igangsetting.

[Klinisk samarbeidsutvalg - mandat Nidaros DPS](#)

[Klinisk samarbeidsutvalg - mandat Tiller DPS](#)

[Klinisk samarbeidsutvalg - mandat Orkdal DPS](#)

### **11.3 Avvik**

- Avvik meldes til rådmannen i kommunene og divisjonssjefen i psykisk helsevern.

## **12.0 Iverksetting, evaluering og revidering av retningslinjene**

- Retningslinjene er godkjent av administrativt samarbeidsutvalg den (dato) og trer i kraft umiddelbart.
- Retningslinjene evalueres innen 2 år eller tidligere etter behov.
- Ansvarlig for revidering av avtalen er St.Olavs Hospital, Psykisk helsevern v/ divisjonssjefen.