

**Felles underavtale til tjenesteavtale 1 og 2
mellom
Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus,
Akershus universitetssykehus,
Oslo universitetssykehus
og
Oslo kommune ved Bydelene, Sykehjemsetaten (SYE),
Velferdsetaten (VEL) og Helseetaten (HEL)**

**Samhandling om pasienter med psykisk lidelse og/eller avhengighetslidelse
som har behov for tjenester både fra bydel/etater og
spesialisthelsetjenesten.**

Innholdsfortegnelse

- 1. Partene**
- 2. Rettsgrunnlag**
- 3. Formål og virkeområde**
- 4. Målgruppe**
- 5. Kartlegging og henvisning**
- 6. Overordnet om samhandling i forløpet**
- 7. Innleggelse til døgntilrettelagt behandling i spesialisthelsetjenesten**
- 8. Utskriving fra døgntilrettelagt behandling i spesialisthelsetjenesten**
- 9. Avslutning av pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten**
- 10. Individuell plan**
- 11. Krise- og mestringsplan**
- 12. Særskilte utfordringer**
- 13. Bolig**
- 14. Barn og unge som pårørende og pasienter**
- 15. Veiledning, kompetanseutveksling og hospitering**
- 16. Uenighet**
- 17. Lovverk og andre kilder**

1. Partene

Avtalen gjelder for Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus, Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus og Oslo kommune ved bydelene, Sykehjemsetaten (SYE), Velferdsetaten (VEL) og Helseetaten (HEL).

2. Rettsgrunnlag

Underavtalen har sitt rettsgrunnlag i:

- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Lov om pasient- og brukerrettigheter
- Lov om helsepersonell
- Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter FOR-2011-11-18-
- Forskrift om fastlegerodningen i kommunene

Underavtalen er forankret i likelydende, overordnede samarbeidsavtaler mellom Oslo kommune og de fire sykehusene i hovedstadsområdet.

Underavtalen er styrende for prosedyren "PLO - Samhandling- Pasient med behov for kommunale tjenester - utskrivningsklare pasienter" for aktuell målgruppe.

3. Formål og virkeområde

- Underavtalen skal bidra til å
 - sikre god ivaretagelse av og helhetlige pasientforløp for pasienter med psykiske lidelser og rus-/avhengighetslidelser
 - sikre god samhandling og etterlevelse av pakkeforløpene, både ved innleggelse og i polikliniske forløp.
 - sikre ivaretagelse av somatisk helse og levevaner for målgruppene
 - sikre brukermedvirkning og brukertilfredshet
 - sikre god samhandling for utskrivningsklare pasienter, i henhold til vedtatt prosedyre (REF)
 - sikre ivaretagelse av pårørende, herunder barn som pårørende
- All helsehjelp som gis i spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus-/avhengighetslidelser, inngår i pakkeforløp. Unntatt er øyeblikkelig hjelp, hvor beslutning om eventuell start av pakkeforløp som hovedregel skal tas innen to uker fra innleggelse. Underavtalen viser til, utdyper og supplerer samhandlingspunktene i pakkeforløpene. Det forutsettes at partene er kjent med innholdet og samhandlingspunktene i pakkeforløpene

4. Målgruppen

Pasienter/brukere i alle aldre, som på grunn av psykisk lidelse, utviklingsforstyrrelse og rus-/avhengighetslidelse har behov for helse- og omsorgstjenester både fra spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og omsorgstjeneste, inkludert fastlege.

5. Kartlegging og henvisning (relateres til kapittel 1 i pakkeforløpene)

Ved samtidige tjenester i kommunen bør henvisning koordineres og kommunens kontaktperson oppgis i henvisningen. Dersom henviser ikke er fastlege, bør det tas kontakt med fastlegen før henvisning sendes, dersom ikke annen lege har sikret den medisinske vurderingen. Henvisningen skal ta utgangspunkt i pasientens/brukerens beskrivelse av situasjonen. Henviser må sikre informasjonsutveksling og dialog med pasient/bruker og eventuelle pårørende.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har bydel ved sosialtjenesten/NAV, i tillegg til lege og psykolog, henvisningsmyndighet. For barn og ungdom under 18 år har barnevernsleder samme myndighet.

Det tilstrebes at innhold i henvisningene oppfyller anbefalingen i pakkeforløpene. Pakkeforløpet starter når henvisning sendes fra fastlege eller annen henviser i kommunen. Henvisning sendes, fortrinnsvis elektronisk, til det sykehus pasienten sogner til. Hvert sykehus har ansvar for at informasjon om korrekte henvisningsadresser er tilgjengelig på egen nettside.

Øyeblikkelig hjelp

Ved behov for øyeblikkelig hjelp henvises pasienten direkte til relevant akuttilbud ved DPS, akuttpsykiatriske døgnenheter, BUP, Rusakuttmottaket eller til Ung intensivenhet, Ungdomsseksjonen.

Ved behov for akuttvurderinger mellom kl 16.00 og 08.00, samt i helger og høytider, kontaktes Legevakten i Oslo.

6. Overordnet om samhandling i forløpet (relateres til kapittel 3 i pakkeforløpene):

- **Felles ansvar**
 - Sikre brukermedvirkning. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, skal pasientens nærmeste pårørende medvirke sammen med pasienten.
 - Pasient som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området etter vergemålsloven § 22 tredje ledd, skal i så stor utstrekning som mulig selv samtykke til helsehjelp. Dersom dette ikke er mulig, kan vergen samtykke på vegne av pasienten.
 - Sikre samarbeid med pårørende og /eller andre instanser
 - Sikre informasjon til pasient og pårørende om muligheter til å klage på samarbeidet.
 - Sikre kontinuitet i tjenestetilbudet ved overgang fra barn til voksen
 - Ved behov for samarbeidsmøte bør dette avholdes kort tid etter oppstart av behandling eller ved avslutning av basis- eller utvidet utredning, i samsvar med anbefalinger i pakkeforløpene.
 - Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner må tilpasses pasientens situasjon, motivasjon og samtykke, og følges opp som en integrert del av behandlingen. Oppfølging bør skje i et samarbeid mellom fastlege, kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste.
 - Personer med alvorlige psykiske lidelser og sammensatte tjenestebehov, som har behov ut over det ordinære tjenestetilbudet, bør få tilbud om behandling og oppfølging i et aktivt oppsøkende behandlingsteam (FACT) som gir samtidige kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester.
- **Spesialisthelsetjenesten sitt ansvar**
 - Det etableres samarbeid med involverte instanser i kommune/bydel og spesialisthelsetjeneste så snart pasienten er tatt imot ved poliklinikk eller døgnbehandling
 - For døgninnlagte pasienter har spesialisthelsetjenesten ansvaret for å følge opp somatisk helse.
 - Tilbakemelding til henviser og fastlege gis når behandlingsplan er utarbeidet og hvis endringer i pasientens tilstand og behandling tilsier det.
 - Dersom pasienten underveis i et forløp ønsker/får behov for oppfølging fra kommunen, herunder individuell plan, må kommunen varsles om dette.

- Pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, med behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, skal få oppnevnt kontaktlege-/kontaktpsykolog (Jfr. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5).
 - Pasienter som, på grunn av komplekse, langvarige tilstander har behov for koordinator i Spesialisthelsetjenesten (i tillegg til forløpskoordinator), skal få oppnevnt slik koordinator.
 - Sikre lovpålagt pasient- og pårørendeopplæring.
- ◆ **Kommunale helse- og omsorgstjeneste og fastleges ansvar**
 - Videreføre sine tilbud for hjemmeboende pasienter som hadde vedtak om tjenester før henvisning til spesialisthelsetjenesten
 - Ved usikkerhet om tilhørighet: avklare hvilken bydel pasienten skal motta tjenester fra
 - Dersom kommunal helse- og omsorgstjeneste gir avslag på søknad om hjelp, anbefales at spesialisthelsetjenesten informeres om begrunnelsen.
 - Fastlegen har ansvar for den medisinske oppfølgingen for hjemmeboende pasienter, med mindre annen lege ivaretar ansvaret.
 - Fastlegens rolle i pakkeforløpene er beskrevet i et eget dokument: *Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Anbefalinger for samarbeid mellom fastleger og spesialisthelsetjeneste i hovedstadsområdet. Anbefalingene skal særlig sikre ivaretagelsen av somatisk helse og levevaner.*
- **Koordinering av pakkeforløp**
 - Forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten har et delegert ansvar for å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødig ventetid. Telefonnummer til forløpskoordinator skal finnes på spesialisthelsetjenestens nettside.
 - Bydelene har ansvar for å utpeke koordinator for pakkeforløpene innen psykisk helse og rus. Kontaktinformasjon skal finnes på kommunens/bydelens nettside. Koordinator for pakkeforløp psykisk helse og rus har ansvar for å iverksette eller videreformidle behovet for individuell plan.

7. Innleggelse til døgntil behandling i spesialisthelsetjenesten

For pasienter som allerede mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, eller som har behov for helse- og omsorgstjenester etter utskrivelse, følges gjeldende, felles prosedyre for PLO dialog.

[Lenke til prosedyren](#)

Under sykehusoppholdet

Ved planlagte innleggelser skal det som hovedregel gjennomføres et møte i forkant av innleggelsen hvor bruker eller dens representant, samt aktuelle parter er representert. Ved akutte innleggelser skal samarbeidsmøte avholdes så raskt som mulig i forløpet. Samarbeidet bør avtales innen en uke etter innleggelse.

Forøvrig avholdes samarbeidsmøter underveis i henhold til pakkeforløpene og ellers ved behov.

Dersom pasienten/brukeren har behov for helse- og omsorgstjenester, har bydel/kommunen veiledningsplikt overfor pasienten i søknadsprosessen, og skal sørge for at pasienten er informert om mulighet til å søke om disse tjenestene. Dersom pasienten er under 16 år, må

samtykke fra pårørende innhentes. Sykehuset skal bidra til at søknaden er så godt opplyst som mulig, med medisinsk faglige opplysninger og funksjonsbeskrivelser av pasienten.

Tilbakeholdelse i sykehus uten eget samtykke

For pasienter som legges inn i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) etter kapittel 10 i Helse- og omsorgstjenesteloven, gjelder:

Fylkesnemnda kan fatte vedtak om tilbakeholdelse uten eget samtykke, etter §§ 10.2 og 10.3 i helse- og omsorgstjenesteloven, ved innleggelse i tverrfaglig spesialisert behandling. Pasienter innlagt etter Fylkesnemndas vedtak etter § 10.2 kan holdes tilbake inntil 3 mnd.

Gravide rusavhengige innlagt i spesialisthelsetjenesten etter § 10.3 skal etter avgiftning overføres til de til enhver tid utpekte behandlingssteder i De regionale helseforetakene, og kan holdes tilbake helt fram til fødsel.

Bydelen ved NAV sosialtjeneste er ansvarlig for oppfølging av vedtak fattet i Fylkesnemnda, og skal minst hver 3.mnd vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse i institusjon.

I saker der det er snakk om mulig bruk av tvangstiltak overfor pasienter og brukere med rusproblemer, kan en, ved behov for et rådgivende samarbeidsorgan for begge tjenestenivåer, benytte et etablert bistandsteam eller annet egnet samarbeidsorgan.

Pasienter som legges inn etter Psykisk helsevernloven, kapitel 3, § 3-2 tvungen observasjon eller § 3-3 tvungen psykisk helsevern, kan holdes tilbake mot sin vilje etter tidsperspektiv nærmere angitt i lovtekst.

8. Utskrivning fra døgntil behandling i spesialisthelsetjenesten

Fra Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter:

Pasient i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet er utskrivningsklar når lege eller psykolog ved helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgntilhold i helseinstitusjonen. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig og psykososial vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

- a) problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart*
- b) øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart*
- c) dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for*
- d) det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten*
- e) pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.*

For pasienter i psykisk helsevern skal tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten være avsluttet før pasienten er utskrivningsklar.

Proseduren "PLO - Samhandling- Pasient med behov for kommunale tjenester - utskrivningsklare pasienter" følges.

For pasienter med behov for helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, skal spesialisthelsetjenesten i god tid før pasienten er utskrivningsklar kalle inn relevante samarbeidsparter, herunder fastlege, for å planlegge videre behandling og oppfølging. Planen skal omfatte eventuell samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten, og det etableres kontakt med berørt ansvarlig enhet eller behandler. Ved utskrivning fra døgnopphold eller dagbehandling til poliklinikk/dagbehandling skal pasienten som hovedregel få timeavtale før utskrivning.

9. Avslutning av pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten (relateres til kapittel 4 i pakkeforløpene)

Det avholdes som hovedregel et avsluttende samarbeidsmøte med pasient og berørte tjenester. Pårørende inviteres der det er aktuelt.

Der det er behov for videre oppfølging fra flere instanser, lages en konkret, skriftlig plan for dette.

Med mindre pasienten motsetter seg at epikrise sendes, kan pakkeforløpet ikke avsluttes før epikrise er sendt til henviser, fastlege og/eller den som skal ivareta behandlingsansvaret videre.

10. Individuell plan

Bydelen har ansvar for at pasient/bruker eventuelt får tilbud om individuell plan og for at arbeidet med planen igangsettes og koordineres. Spesialisthelsetjenesten skal, ved behov, medvirke i utarbeidelsen av individuell plan.

Aktuell pasient/bruker skal kun ha *en* individuell plan, som inkluderer tiltak på alle nivåer. Individuell plan skal eventuelt komme i tillegg til pasientens behandlingsplan, og ikke erstatte denne.

11. Krise- og mestringsplan

Krise- og mestringsplan utarbeides ved behov, i henhold til anbefalinger i pakkeforløpene. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for at en krise- og mestringsplan etableres i et samarbeid med berørte instanser i spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, samt med fastlege før utskrivning.

12. Særskilte utfordringer

I enkeltsaker med særskilte utfordringer skal det gjennomføres gradvis overføring til endret omsorgsnivå i et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Virkemidler kan være kompetanseutveksling, hospitering, veiledning og utarbeidelse av krise- og mestringsplan.

Ved behov for kartlegging av voldsrisiko, bør kartleggingen foregå i et samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste/fastlege.

Spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste kan i særskilte enkeltsaker inngå faglig og økonomisk forpliktende samarbeid i en tidsavgrenset periode, med etterfølgende evaluering.

13. Bolig:

Pasienten/brukerens boligbehov skal meldes så tidlig som mulig i forløpet. Dersom situasjonen endrer seg, skal også dette meldes så snart som mulig.

Kommunen avgjør hvilket botilbud og omfang av tjenester pasienten/brukeren skal tilbys etter utskrivning, og fatter vedtak om tildeling.

(Jfr. prosedyren "PLO - Samhandling - Pasient med behov for kommunale tjenester - utskrivningsklare pasienter" kap. 4.3)

14. Barn og unge som pårørende og pasienter:

Det skal kartlegges om pasienten/brukeren har barn. Hvis de har barn, skal tjenestene dekke behovet for informasjon og nødvendig oppfølging barnet har som følge av forelders tilstand. Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens barn. Det må også kartlegges om pårørende til syke barn og ungdom under 18 år har behov for oppfølging, enten hos kommunal helse- og omsorgstjeneste, fastlege eller spesialisthelsetjeneste. Pårørende må få hjelp til å komme i kontakt med rett tjeneste dersom de trenger det.

Dersom det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, skal helse- og omsorgspersonell uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til kommunens barnevernstjeneste.

15. Veiledning, kompetanseutveksling og hospitering

Spesialisthelsetjeneste og kommunale helse og omsorgstjeneste har gjensidig veiledningsplikt. Kompetanseutveksling og hospitering kan benyttes som virkemiddel for å oppfylle kravene i veiledningsplikten. Partnerne må forplikte seg til å inngå avtaler og tilrettelegge for hospitering dersom det vurderes som hensiktsmessig.

16. Uenighet

Ved uenighet skal berørte parter i første omgang søke å forhandle seg frem til en omforent løsning. Oppnås ikke enighet på direktørnivå, kan hver av partene bringe saken inn for tvistenemnda.

Tvistenemnda er en nemnd for løsning av tvister i enkeltsaker mellom sykehus /helseforetak og bydeler i Oslo kommune. Tvistenemnda er oppnevnt av Kontaktmøtet mellom Oslo kommune og Helse Sør – Øst RHF. Den skal sammensettes av tre personer i hver sak, en fra spesialisthelsetjenesten, en fra den kommunale helsetjenesten og en nøytral uten tilknytning til helsetjenesten.

Dato 17/6/19

For Oslo kommune

For Oslo universitetssykehus

For Akershus universitetssykehus

For Lovisenberg Diakonale sykehus

For Diakonhjemmet sykehus

.....
.....
.....
.....
.....
.....

For Bydel Alna
For Bydel Bjerke
For Bydel Frogner
For Bydel Gamle Oslo
For Bydel Grorud
For Bydel Grunerløkka
For Bydel Nordre Aker
For Bydel Nordstrand
For Bydel Sagene
For Bydel St. Hanshaugen
For Bydel Stovner
For Bydel Søndre Nordstrand
For Bydel Ullern
For Bydel Vestre Aker
For Bydel Østensjø
For Sykehjemsetaten
For Velferdsetaten
For Helseetaten

For Bydel Tjonn *Maja Kallgren*

Marinus Tjønn

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

17. Lovverk og andre kilder

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven) LOV-1999-07-02-61

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven) LOV-2011-06-24-30

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven) LOV-1999-07-02-62

Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient og brukerrettighetsloven) LOV-1999-07-02-63

Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven) LOV-1999-07-02-64

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter FOR-2011-11-18-1115

Forskrift om fastlegeordning i kommunene (Fastlegeforskriften) FOR-2012-08-29-842

Samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF- Generell del

Samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF:

- Tjenesteavtale 1- Koordinerte tjenester
- Tjenesteavtale 2 – Samarbeid om innleggelse i sykehus og om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivelse fra institusjon

Felles prosedyre for Oslo kommune, AHUS, Lovisenberg, Diakonhjemmet og OUS:

PLO - Samhandling - pasient med behov for kommunale tjenester - Utskrivningsklar pasient - PLO meldingstyper P

<https://ehandboken.ous-hf.no/document/65368/fields/23>

Nasjonale veiledere for Pakkeforløp for psykiske lidelser og ruslidelser, herunder for somatisk helse og levevaner. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helse>

Nasjonal veileder: Sammen om mestring – lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Nasjonal veileder for Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/rehabilitering-habilitering-og-individuell-plan>

Oversikten er ikke uttømmende, og bestemmelser fra andre lovverk, forskrifter og veiledere kan ha betydning for partenes utførelse av oppgaver.

