

2017

# Pasientforløp psykisk helse og rus

RAPPORT TIL OVERORDNET SAMARBEIDSORGAN ( OSO )  
KLINISK SAMARBEIDSUTVALG

 **NORDLANDSSYKEHUSET**  
NORDLÄNDA SKIPPIJVIESO



	<b>Innhold</b>	
1.	<b>Forord</b>	<b>2</b>
2.	<b>Mandatet og forståelsen av dette</b>	<b>2</b>
	Prinsipper som ligger til grunn for arbeidet	3
3.	<b>Begrepsavklaringer</b>	<b>4</b>
4.	<b>Hva ligger er hinder for gode pasientforløp?</b>	<b>5</b>
	Pasientfaktorer	5
	Systemfaktorer	5
	> Samhandling/kommunikasjon	5
	> Oppfølging	6
	> Kompetanse	6
	> Utfordringer av praktisk karakter	6
	> Bemanning/ressurser	6
	> Ren rutinesvikt	6
5.	<b>Hva kjennetegner gode pasientforløp?</b>	<b>7</b>
	Riktig hjelp gis på riktig sted til riktig tid	7
	Tilnærmingen er helhetlig	8
	Nødvendig informasjon er tilgjengelig	8
	Aktiv brukermedvirkning etterstrebes	8
	Kontinuitet i behandling og oppfølging	9
	Tjenestene er fleksible og tidlig intervensjon vektlegges	9
	Diagnose gis så fort som mulig	9
	Prinsipper for medikamentell behandling	9
	Pårørende involveres	10
	Tillit og åpenhet mellom tjenestenivåer og tjenestesteder	10
6.	<b>Ansvarsavklaringer</b>	<b>10</b>
	Pasientforløp der kommunen har hovedansvaret	11
	Pasientforløp som innebærer samhandling mellom kommunen og Nordlandssykehuset	11
	Pårørende	15
7.	<b>Arbeidsprosess</b>	<b>16</b>
	Mandat	16
	Prosjektgruppen	16
	Gjennomføring	17
8.	<b>Kilder</b>	<b>17</b>

## 1. Forord

Prosjektet med å beskrive forutsigbare og helhetlige pasientforløp, knyttet til Psykisk helse- og rusklinikken, er initiert av Overordnet Samarbeidsorgan (heretter kalt OSO).

OSO ønsket «en felles prosess for å forberede spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten til en ny hverdag og nye rammer for samhandlingen innen rus og psykiatrifeltet» (se sak 42/2015, 58/2015 og 14/2016 ).

Det ble på denne bakgrunn opprettet et Klinisk samarbeidsutvalg (heretter kalt KSU). KSUet ble sammensatt av 3 representanter fra kommunene, 3 representanter fra helseforetaket og en brukerrepresentant (se s.16). KSUet ble ledet av Lena Breivik, leder av Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus, og sekretærfunksjonen ble ivaretatt av Lena Arntzen, samhandlingsavdelingen, Nordlandssykehuset. KSUets arbeid presenteres i denne rapporten. Et samlet KSU står bak vurderingene og anbefalingene.

## 2. Mandatet og forståelsen av dette

«Det oppnevnes et KSU med mål om å skissere hva som er gode pasientforløp. Det skal beskrives hva som nå er til hinder for gode pasientforløp. Det må beskrives hvilke ansvarsavklaringer som må finne sted før pasienter skrives inn eller ut av Nordlandssykehuset.»

KSUet forstår mandatet som følger:

### Med pasientforløp menes:

- Før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten / Nordlandssykehuset
- Poliklinisk behandling og døgnbehandling
- Behandling av alle ruslidelser og psykiske lidelser ( både psykisk helsevern og tverrfaglig

Rapporten beskriver hva KSUet anser som nødvendige rutiner for samhandling, både på individnivå og systemnivå, samt hva vi anser som god utøvelse av fag med hensyn til det å sikre et best mulige pasientforløp for den enkelte pasient. Hva som ligger til hinder for gode pasientforløp beskrives punktvis.

Deretter beskrives hva som kjennetegner gode pasientforløp.

Til slutt gjennomgås ansvarsavklaringer som må gjøres mellom kommunen og Nordlandssykehuset når en pasient har tilbud fra begge parter / tjenestenivåer. Ansvarsavklaringene presenteres ved bruk av en tabell.

Rapporten skal ligge til grunn ved utarbeiding av tydelige, forpliktende og fungerende samhandlingsmodeller/avtaler mellom alle kommunene i Nordlandssykehusets opptaksområde og Nordlandssykehuset HF.

## Prinsipper som ligger til grunn for arbeidet:

Prinsipper som ligger til grunn for arbeidet: Tilbudene skal være i tråd med gjeldende lover og forskrifter.

Samhandlingen mellom kommunen og Nordlandssykehuset er likeverdig, både i teoretisk og praktisk tilnærming.

Pasienter i Nordlandssykehusets opptaksområde har lik rett på, og skal ha lik tilgang til tjenester uavhengig av geografi, alder, språkbarrierer og kulturbakgrunn.

Tjenestene skal være kultursensitive og praksis skal være ikke-diskriminerende.

Tjenestene skal ha en recovery-orientert tilnærming.

### Recovery orientert tilnærming

*«En recovery orientert tilnærming innebærer at helse- og omsorgstjenestene tar utgangspunkt i at tilfriskningsprosesser omhandler mer enn symptomlindring.*

*Å vektlegge ressurser, pasientens helhetlige situasjon og hva som bidrar til god livskvalitet og meningsfulle hverdager for pasienten, er sentralt i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser. Dette skal vektlegges i alle deler av tjenesten og gjennom hele forløpet».*

Sammen om mestring, 2014

Helsepersonell skal utøve en kunnskapsbasert praksis. Det vil si at helsefaglige avgjørelser skal tas på bakgrunn av tre kunnskapskilder; systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens og pårørendes ønsker og behov i den gitte situasjonen.

Pasienter skal gis valgmuligheter, gjøres i stand til og tillates å delta i vurderinger og valg som angår dem. Brukeren har rett til medbestemmelse, informasjon og medvirkning, både på individ og systemnivå.

Mindreårige barn/søsken som pårørende skal sikres nødvendig informasjon og tilstrekkelig oppfølging.

Pårørende skal ha tilbud om å medvirke i behandlingen av den som er syk når pasienten ønsker dette eller når forholdene tilsier det. Pårørende er for de fleste pasienter deres viktigste støttespillere over tid. Helsetjenestene skal også være oppmerksom på at pårørende kan ha behov for egne tjenester.

Direktoratet foreslår å forskriftsfeste krav til behandlings- og oppfølgingsplan for pasienter med behov for tjenester, fra både kommune og spesialisthelsetjeneste, skrives ut.

### 3. Begrepsavklaringer

**Barn som pårørende:** Mindreårige barn av pasienter med psykiske lidelser, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom.

**Fastlege:** Lege med listeansvar for x antall pasienter.

**Forberedende samtale:** Samtale i forkant av innleggelse eller poliklinisk behandling der informasjon utveksles, formålet med behandlingen gjennomgås og nødvendige avklaringer gjøres (inkludert involvering av pårørende og kontakt med kommunen).

**Individuell plan(IP):** Et lovpålagt virkemiddel for å kunne gi et bedre koordinert tilbud til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester.

**Kommunen:** Helse-, omsorgs- og sosialtjeneste (inkludert NAV) samt de private tjenester som kommunen har driftsavtale med.

**Nærmeste pårørende:** Den pasienten velger å ha som sin nærmeste pårørende. Pasienten kan ha flere nærmeste pårørende. Det er den/de som har rollen som nærmeste pårørende som har lovfestede rettigheter.

**Kommunepsykolog:** Psykolog ansatt i kommunene. Tjenesten er ulikt organisert i forskjellige kommuner. Noen arbeider på systemnivå, andre møter pasienter.

**Kriseplan:** Plan for hva pasient, pårørende og helsepersonell skal gjøre ved forverring av tilstand. Tegn å tilbakefall samt kontaktinformasjon til hjelpeinstanser skal også konkretiseres i kriseplaner.

**Pasient:** Mottaker av helsetjenester fra kommunen og/eller Nordlandssykehuset.

**Pårørende:** Dem pasienten velger som sine pårørende. Det kan være slektninger, venner, kollegaer eller andre.

**Nordlandssykehuset :** Nordlandssykehuset HF (inkludert somatiske avdelinger og habilitering), behandlingsplasser i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB), distriktpsikiatriske sentre (DPS), polikliniske tjenester innen psykisk helsevern (barn, unge og voksne) og rusmedisin.

**Utskrivningsklar:** Når lege eller psykologspesialist på sykehus vurderer at det ikke er hensiktsmessig med ytterligere behandling i døgnet i Nordlandssykehuset.

**Verge:** Person som er oppnevnt for å ivareta personlige og/eller økonomiske forhold på vegne av pasient/vergetrengende som av ulike grunner ikke kan ivareta disse forholdene selv.

#### 4. Hva er til hinder for gode pasientforløp?

I beskrivelsen av hva som ligger til hinder for gode pasientforløp, velger KSUet å skille mellom pasientfaktorer og systemfaktorer:

##### Pasientfaktorer

- Språkbarrierer pasient - behandler
- Kulturelle og/eller livssynsfaktorer
- Nedsatt/manglende samtykkekompetanse
- Sammensatte lidelser/komorbiditet
- Psykisk sykdom
- Ruslidelser
- Somatisk sykdom
- Utviklingsforstyrrelser/kognitiv funksjonssvikt
- Vansker med differensialdiagnostikk
- Funksjonsvansker og sammensatte behov for tjenester fra flere instanser
- Behandlingsvegving/skriver seg ut mot Nordlandssykehusets anbefaling
- Rusmiddelavhengighet

##### Systemfaktorer

- Samhandling / kommunikasjon
- Oppfølging
- Kompetanse
- Utfordringer av praktisk karakter
- Bemanning/ressurser
- Ren rutinesvikt
- Psykososiale forhold som bolig og arbeid/skole
- Lite sosialt nettverk og/eller uheldig miljøpåvirkning

Konkretisering av systemfaktorer

##### Samhandling/kommunikasjon:

- For få og lite målrettede og strukturerte nettverks- og samhandlingsmøter i enkeltsaker og på systemnivå
- Dårlig kommunikasjon mellom fagfolk innad i tjenesten og mellom tjenestenivå
- Dårlig kommunikasjon mellom avdelinger internt i organisasjonen
- Manglende samhandling mellom Nordlandssykehuset og fastlege
- Mangelfull samhandling med Nav
- Manglende fremmøte på samarbeidsmøter fra fastlege
- For omfattende/lite strukturerte epikriser
- Forskuttering av tjenester på vegne av samarbeidspartnere
- Ulike journalsystemer
- For lite bruk og opplevd nytteverdi av avvikssystemet (også systemavvik).
- Endring i tjenestetilbud som får konsekvenser for samarbeidspartnere uten gode prosesser i forkant (informasjon- og uttalerett)

**Oppfølging:**

- Mangel på behandlings- og oppfølgingsplaner
- Mangelfull somatisk oppfølging
- Mangelfull oppfølging av tvang uten døgnopphold
- Uregelmessig oppfølging og evaluering av planer

**Kompetanse:**

- Ulik- og mangelfull kompetanse
- Mangelfull kompetanse om lov- og regelverk
- Manglende kunnskap om hvilke tilbud som finnes – både i egen organisasjon og i andres
- For lite kompetanseoverføring mellom Nordlandssykehuset og kommunen
- Motstridende faglige vurderinger
- For dårlig informasjonsutveksling med pasient og pårørende
- Manglende opplæring av pasient- og pårørende
- Dårlig kjennskap til, og bruk av datasystemer blant ansatte
- For lite kunnskap om vurdering og håndtering av voldsrisiko
- Mangelfull bruk av erfaringskompetanse, både på system og individnivå

**Utfordringer av praktisk karakter:**

- Finansiering i spesialisthelsetjenesten og i kommunen
- Vanskeligheter med å finne løsninger som er i tråd med lov og forskrift
- Manglende hensiktsmessige boliger
- Mangelfull kunnskap og kompetanse knyttet til elektronisk meldingsutveksling (PLO)
- Mangelfull kontaktinformasjon (telefonnummer, ringetider og annet)
- Lite brukervennlige og mangelfulle nettsider
- Mangel på hensiktsmessige lokaler for pasienter på tvang i påvente av transport til sykehus
- PLO-meldinger er ikke tilgjengelig for alle polikliniske tjenester
- Ulike kommuner har ulike meldesystem (Avvikssystemene «snakker» ikke sammen på tvers av tjenester)

**Bemanning/ressurser:**

- For lange ventelister
- Fristbrudd
- Manglende rekruttering av nøkkelpersonell
- Nedbemanning/tap av ressurser
- Prosjektorganiseringer, omstillinger og generell manglende kontinuitet i fagmiljøet
- Redusert tilbud i ferier/høytider/helger

**Ren rutinesvikt:**

- Ikke samstemte medikamentlister
- Manglende epikriser
- Mangelfulle eller uoversiktlige epikriser
- Mangelfulle henvisninger
- Epikriser blir ikke lest
- Prosjektorganiseringer, omstillinger og generell manglende kontinuitet i fagmiljøet
- Redusert tilbud i ferier/høytider/helger

## 5. Hva kjennetegner gode pasientforløp?

*«Utvikling av gode pasientforløp krever systematisk arbeid over tid gjennom tverrfaglige analyser og kontinuerlig forbedringsarbeid. I tett samarbeid med pasienter, brukere og pårørende utvikles felles praksis og konsensus og kriterier for gode pasientforløp»*

Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: 2015

Sentrale elementer KSUet mener må være tilstede i gode pasientforløp:

### **Riktig hjelp gis på riktig sted til riktig tid**

Gode pasientforløp innebærer at pasienter behandles på lavest mulig effektive behandlingsnivå. Det innebærer at pasientens aktuelle situasjon er tilstrekkelig opplyst, at helsepersonell har god kunnskap om aktuelle tiltak, kommuniserer godt og at pasienten er informert og får anledning til å medvirke. I vurderingen av hva som er riktig hjelp på riktig sted til riktig tid er det et mål at både pasient, pårørende og helsepersonell skal høres.

Av dette følger at henvisende instans, som regel lege, skal vurdere om andre muligheter foreligger før pasienten henvises til innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Andre aktuelle tiltak kan være egenomsorg, hjemmesykepleie, eller innleggelse på kommunal institusjon, poliklinisk behandling eller kommunal akutt døgnplass (KAD). Henvisende instans skal ha mulighet til å drøfte saken med spesialisthelsetjenesten, ved behov.

Gode pasientforløp innebærer videre at pasienten er forberedt og delaktig. Ved planlagte innleggelser vil det derfor være hensiktsmessig å gjennomføre en forberedende samtale med pasienten når forholdene tillater dette. Da kan en i samarbeid med pasienten vurdere om aktuelt tilbud er hensiktsmessig på dette tidspunktet, samt gjøre nødvendige avtaler og forberedelser. Gode utskrivingsprosesser i forutsigbare og helhetlige pasientforløp innebærer også at pasient og eventuelt pårørende er forberedt i god tid og får anledning til å uttale seg i forkant av beslutningen. Der pasienten skal ha kommunale tjenester etter utskriving skal også kommunen involveres i forkant av utskrivningen.

Riktig hjelp på riktig sted til riktig tid innebærer videre at behandlings- og oppfølgingsplaner evalueres regelmessig. I mange tilfeller kan sjekklister benyttes som verktøy for å sikre at alle forhold som skal vurderes, tas opp.

Når pasienten mottar samtidige tjenester i kommune- og spesialisthelsetjeneste bør det være tydelige avklaringer vedrørende ansvars- og rollefordeling. Det bør jobbes tverrfaglig der hvor pasienten har behov for sammensatte tjenester. Individuell plan (IP) anbefales brukt.

Ved uavklarte saker gjennomføres regelmessige møter der situasjonen drøftes og ulike løsninger diskuteres.



## **Tilnærmingen er helhetlig**

Å ha en helhetlig tilnærming innebærer at helsetjenestene blant annet har kunnskap om og tiltak rettet mot:

- Somatisk helse
- Kognitiv fungering
- ADL-funksjon (pasientens funksjon i hverdagslivet)
- Sosialt nettverk (eksempelvis slektninger, kollegaer og venner)
- Bolig/økonomi
- Arbeid/skole
- Aktiviteter
- Interesser

Gode recoveryorienterte pasientforløp innebærer at tiltak som er av betydning med tanke på å forbedre pasientens helhetlige livssituasjon og livskvalitet iverksettes av riktig instans på riktig tidspunkt.

Ved innleggelser innebærer en helhetlig tilnærming at det fra tidlig fase vektlegges at tiltak skal ha overføringsverdi til pasientens hjemmesituasjon.

### **Nødvendig informasjon er tilgjengelig**

Gode pasientforløp innebærer alltid at de som vurderer tiltak har tilstrekkelig informasjon (faglig forsvarlighetskravet). Informasjon skal innhentes fra samarbeidende personell, pårørende og andre instanser når dette vurderes som nødvendig (jamfør taushetspliktens muligheter og begrensninger). For at nødvendig informasjon skal være tilgjengelig må epikriser, henvisninger og øvrig dokumentasjon sendes raskt, være oversiktlige og inneholde beskrivelser av behov, gjennomførte tiltak og anbefalinger om videre tiltak. Henvisning bør være i tråd med helsedirektoratets anbefalinger.

Nødvendig informasjon innebærer at legemiddellistene er samstemte i all korrespondanse. Dersom lege ikke har tilgang på pasientens legemiddelliste, eller annen nødvendig informasjon, skal dette komme tydelig fram.

Epikriser sendes, etter samtykke fra pasienten, til helse- og omsorgspersonell i kommunen. Pasienten får kopi av epikrise ved utskrivelse (EVU). Pasienten skal også få tilbud om å få tilsendt endelig epikrise.

### **Aktiv brukermedvirkning etterstrebes**

I gode pasientforløp tar helsepersonell utgangspunkt i pasientens ønsker og målsettinger ved planlegging av behandling og oppfølging. Pasientens mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, livskvalitet, ønskemål, selvstendighet og deltakelse, sosialt og i samfunnet, må ivaretas i alle ledd.

Helsepersonell skal bistå pasienten til å definere sine egne problemer, og finne egne løsninger i fellesskap med andre. Dette gjøres ved å gi pasienten valgmuligheter (blant annet behandlingssted, type behandling og oppfølging) og legge til rette for at pasienten er aktivt med i utformingen, gjennomføringen og evaluering av innholdet helsehjelpen. Frivillighet og selvbestemmelse etterstrebes.

Aktiv brukermedvirkning innebærer videre at pasienten kjenner til sine rettigheter.

Pasienten skal ha informasjon om dette, inkludert informasjon og eventuelt opplæring i hvor han/hun kan få tilgang på sin journal.

### **Kontinuitet i behandling og oppfølging**

Kontinuitet innebærer at behandlingen/ utredningen skjer uten unødig tidsavbrudd og at det er åpne og godt planlagte prosesser ved overføring av pasienter mellom tjenestenivåene og tjenestesteder. Fastlegen bør informeres regelmessig når pasienter har et tilbud i spesialisthelsetjenesten over tid.

Kontinuitet i behandlingen innebærer videre at en bør unngå skifte av behandler og/ eller behandlingssted dersom ikke dette er ønsket av pasienten eller det foreligger faglige begrunnelser. Kort ventetid på poliklinisk behandling etter innleggelse bør som regel være et klart mål.

IP og koordinator tilbys der dette er ønsket og hensiktsmessig

### **Tjenestene er fleksible og tidlig intervensjon vektlegges**

Tidlig intervensjon innebærer at ventetiden er så kort som mulig, både til vurdering og behandlingsstart. Det innebærer videre at Nordlandssykehuset og kommunehelsetjenesten har tilstrekkelig kunnskap og samarbeider om systemer som gjør at unge mennesker som står i fare for å utvikle alvorlig psykisk lidelse fanges opp tidlig.

At tjenestene er fleksible innebærer at alle deler av tjenestene har forebygging av tilbakefall som et viktig behandlingsmål og at ambulante tjenester tilbys der dette er hensiktsmessig. Fleksible tjenester innebære også at pasienter har tilgang på om oppfølging/ behandling i tilstrekkelig utstrekning på ettermiddagstid og i helger.

### **Diagnose gis så fort som mulig**

I gode pasientforløp gjennomføres utredninger i tråd med nasjonale retningslinjer tidlig i forløpet. Gode forløp innebærer videre at helsepersonell gir pasient og pårørende informasjon om diagnose og opplæring i tilstrekkelig omfang og at informasjonen gjentas ved behov. En del av opplæringen vil være å snakke med pasienter og deres pårørende om hvilken betydning sykdommen har for deres videre liv, håndtering av sykdommen, følelsesmessige reaksjoner samt hvordan de kan snakke med andre om sykdommen.

I gode pasientforløp gis informasjon om diagnose tidlig også til samarbeidende personell. Samarbeidende personell bør tilbys opplæring når dette vurderes som hensiktsmessig.

### **Diagnose gis så fort som mulig**

I gode pasientforløp gjennomføres utredninger i tråd med nasjonale retningslinjer tidlig i forløpet. Gode forløp innebærer videre at helsepersonell gir pasient og pårørende informasjon om diagnose og opplæring i tilstrekkelig omfang og at informasjonen gjentas ved behov. En del av opplæringen vil være å snakke med pasienter og deres pårørende om hvilken betydning sykdommen har for deres videre liv, håndtering av sykdommen, følelsesmessige reaksjoner samt hvordan de kan snakke med andre om sykdommen.

I gode pasientforløp gis informasjon om diagnose tidlig også til samarbeidende personell. Samarbeidende personell bør tilbys opplæring når dette vurderes som hensiktsmessig.

### **Prinsipper for medikamentell behandling**

Prinsipper for medikamentell behandling i gode pasientforløp:

- o Lavest mulig effektive dose
- o Regelmessig evaluering av bruk
- o Somatisk sjekk og oppfølging tilpasset helsetilstand og medisinbruk
- o Brukers medvirkning ved valg av medisiner vektlegges
- o Frivillighet etterstrebes

### **Pårørende involveres**

Gode pasientforløp innebærer at helsepersonell tidlig vurderer hvordan pasientens pårørende skal involveres. Pasientens samtykke til slik involvering skal etterspørres, og dokumenteres. Innhenting av samtykke sees på som en prosess, ikke en engangshendelse. (Nasjonal veileder for pårørende, 2017). Pårørendes innsats bør anerkjennes og deres kunnskap bør anvendes der dette er relevant. Pårørende som har omsorgsoppgaver som grenser opp mot det å være helsehjelp skal ha nødvendig opplæring, oppfølging og støtte.

I gode pasientforløp får barn som er pårørende individuelt tilpasset informasjon og oppfølging.

Helsetjenesten skal også være oppmerksom på at pårørende kan ha behov, for egen del.

### **Tillit og åpenhet mellom tjenestenivåer og tjenestesteder**

Tillit og åpenhet mellom tjenestenivåene er med på å sikre helhetlige og forutsigbare pasientforløp. Det innebærer at helsepersonell har respekt for hverandres kompetanse og ståsted, og at de har oversikt over hverandres tilbud og eventuelle endringer i tilbud. Åpenhet innebærer videre at det er åpne prosesser i forkant av endringer i organisasjon/tjenestetilbud som vil kunne få følger for kommunen eller Nordlandssykehuset og at berørte organisasjoner gis informasjons- og uttalerett.

Regelmessige samarbeidsmøter og tilbud om gjensidig hospitering, undervisning og veiledning bidrar positivt til å sikre tillit, kunnskap og åpenhet mellom kommunen og Nordlandssykehuset.

## **6. Ansvarsavklaringer**

I mandatet fra OSO er KSUet bedt om å beskrive hvilke ansvarsavklaringer som må gjøres før, under og etter innleggelse/ innskriving i Nordlandssykehuset. Ansvarsavklaringene gjelder både ved innleggelse, poliklinisk behandling og dagbehandling.

Vi velger å besvare denne oppgaven ved å ta utgangspunkt i at ulike pasientforløp har ulik alvorlighetsgrad, og dermed krever ulike tiltak og ulik grad av samhandling, jfr. «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet 2014).

Pasienter med **milde og kortvarige** rusmiddel- og psykiske helseproblemer er et kommunalt ansvar. Nordlandssykehuset har her et veiledningsansvar overfor kommunen (se tabell s. 11).

Pasienter som har rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser som er **kortvarige og alvorlige, langvarige og milde** eller **alvorlige og langvarige** kan ha behov for oppfølging av både kommune og Nordlandssykehuset, i korte og lengre perioder. I slike pasientforløp er samarbeidet og samhandlingen mellom tjenestenivåene avhengig av at ansvarsavklaringene er tydelige (se tabell s.11-14).

Ansvarsavklaringer som gjelder involvering av og støtte til barn og voksne pårørende generelt, og ikke nødvendigvis er knyttet til tidspunkt for innleggelse og utskrivelse, presenteres derfor i en egen tabell. (se tabell s.15 ).

<b>Pasientforløp der kommunen har hovedansvaret</b>			
<b>Problemstilling</b>	<b>Felles ansvar og oppgaver</b>	<b>Nordlandssykehuset</b>	<b>Kommunehelsetjenesten</b>
Hvem er behandlingsansvarlig?			Helsepersonell i kommunal oppfølgingstjeneste og/eller fastlege
Hvem har medisinansvaret?		Veiledningsplikt	Fastlege
Hvem er ansvarlig for å foreta vurderinger av tilstanden fortløpende?		Veiledningsplikt	Alt helsepersonell i kommunen som er i kontakt med pasienten
Hvem er ansvarlig for å henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten dersom pasientens tilstand forverres?		Veiledningsplikt	Fastlege eller kommunepsykolog
Hvem er ansvarlig for å henvise til spesialisthelsetjenesten? (Helsedirektoratet, 2015)		Nordlandssykehuset veileder ved behov	Fastlege og kommunepsykolog
<b>Pasientforløp som innebærer samhandling mellom kommunehelsetjenesten og Nordlandssykehuset</b>			
Hvem har ansvar for å fremskaffe nødvendig informasjon mtp. vurdering av henvisning?		Ansvar for å skaffe til veie nødvendig supplerende informasjon for å kunne gjøre faglig forsvarlige vurderinger i henhold prioriteringsveilederen ( helsepersonelloven §4).	Fastlege eller annet helsepersonell i kommunen må skaffe til veie nødvendig informasjon. Dette kan innebære å innhente komparentopplysninger. Dersom henvisende lege ikke har oversikt over hvilke medisiner pasienten bruker, skal dette framkomme i henvisningen.
Hvem har medisinansvar og ansvar for samstemte legemiddellister?	Partene er forpliktet til å avklare hvem som har ansvaret for medikamenter på aktuelt tidspunkt, og avklare ansvaret for videre vurdering/ oppfølging av medikamentell behandling.	Under innleggelse har Nordlandssykehuset det overordnede medikamentansvaret. Ved utskrivelse skal Nordlandssykehuset tydeliggjøre hvem som har ansvar for videre medikamentell oppfølging. Hvem som har ansvar for å skrive ut resepter skal være avklart.	Ved samtidig kommunal oppfølging og poliklinisk behandling kan fastlegen etter avtale ha ansvaret for medisinvurdering- og forskriving

Pasientforløp som innebærer samhandling mellom kommunehelsetjenesten og Nordlandssykehuset

Problemstilling	Felles ansvar og oppgaver	Nordlandssykehuset	Kommunehelsetjenesten
Hvilket faglig skjønn veier tyngst ved uenighet?	I situasjoner hvor man er uenig er det viktig å dokumentere uenighetene. Partene er forpliktet til å jobbe frem mot en felles løsning for hvordan man skal handtere disse uenighetene.	Når pasienten er innlagt i Nordlandssykehuset har Nordlandssykehuset ansvaret. Det er i slike tilfeller god praksis at samarbeidende instanser høres.	
Hvem er ansvarlig for å starte opp med IP?		Nordlandssykehuset gis et særlig ansvar for å ta initiativ til å starte arbeidet med behandlings- og oppfølgingsplaner når pasienten er innlagt og ikke har oppfølging fra kommunehelsetjenesten. Disse planene kan inngå som en del av en individuell plan om pasienten ønsker det. Nordlandssykehuset kan i samarbeid med pasienten sende søknad til kommunen om IP.	Kommunen har hovedansvaret
Ansvar for å vurdere om pasienten er utskrivningsklar		Ansvaret ligger hos lege- eller psykologspesialist. En pasient er ikke å anse som utskrivningsklar før aktuelle samarbeidspartnere er kontaktet (helse- og omsorgsdepartementet, 2016).	Dersom kommunen innehar informasjon som kan ha betydning for vurderingen, skal denne informasjonen videreformidles til spesialisthelsetjenesten.
Ansvar for å innkalle til samarbeids-møte i forkant av utskrivelse når pasienten vurderes å ha behov for helse- og omsorgstjenester etter utskriving?		Nordlandssykehuset	

Pasientforløp som innebærer samhandling mellom kommunehelsetjenesten og Nordlandssykehuset

Problemstilling	Felles ansvar og oppgaver	Nordlandssykehuset	Kommunehelsetjenesten
<b>Ansvar for pasienter som skriver seg ut mot Nordlandssykehusets anbefaling</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>•Vurdere fare for liv og helse til pasient, pårørende og andre (Straffeloven §3, § 17)</li> <li>•Varsle kommunen om utskrivningen så tidlig som mulig (PLO -melding)</li> <li>•Skrive EVU (Epikrise ved utskrivelse)</li> <li>•Vurdere om pårørende skal gis informasjon</li> <li>•Vurdere om barn som pårørende er ivaretatt.</li> <li>•Gi kommunen nødvendig bistand ved behov for medikamenter / resepter</li> </ul>	<p>Har ansvar for behandling og oppfølging etter utskrivelse.</p> <p>Har ansvar for å vurdere pasientens helsetilstand så fort som mulig i situasjoner som vurderes som alvorlig og uavklart</p>
<b>Ansvar for å utarbeide en plan for behandling og oppfølging</b>	Et felles ansvar i samarbeid med pasienten og evt. pårørende. Partene må avklare hvilke elementer i pasientens behandlingsplan som skal videreføres i kommunens behandlings- og oppfølgingsplan	Alle pasienter i spesialisthelsetjenesten skal ha en behandlingsplan (pasientrettighetsloven §2-5)	Alle pasienter i primærhelsetjenesten skal ha en behandlings- og oppfølgingsplan (psykisk helsevernloven § 4-1)
<b>Ansvar for nødvendig opplæring av pasient</b>	Anbefales å samarbeide om lærings- og metsringstiltak, gjerne i samarbeid med frivillige organisasjoner (Helsedirektoratet, 2017)	Har plikt til å tilby nødvendig veiledning og opplæring (spesialisthelsetjenesteloven § 3-8)	Bør ha tilbud om opplærings- og støttetiltak for pasienten
<b>Ansvar for kriseplan</b>	Felles ansvar når begge partene yter helsehjelp	Ferdigstille kriseplanen i samarbeid med andre aktuelle tjenester ved utskrivelse. Videre ansvar for planen og tidspunkt for evaluering skal tydeliggjøres.	Samarbeide om utvikling av kriseplanen under innleggelse der dette er hensiktsmessig. Ansvar for oppfølging og evaluering av kriseplan.

Pasientforløp som innebærer samhandling mellom kommunehelsetjenesten og Nordlandssykehuset

Problemstilling	Felles ansvar og oppgaver	Nordlandssykehuset	Kommunehelsetjenesten
Ansvar for videre henvisninger (inkludert sekundærhenvisninger)		Utarbeide henvisninger når behov er avdekket. Kopi sendes fastlege.	
<p>Ansvar for minimums-dokumentasjon som skal foreligge ved utskrivelse (EVU).</p> <p><i>Merknad: det er ikke alltid mulig å innhente tilstrekkelig og kvalitets-sikret informasjon. Dette må i så tilfelle tydeliggjøres i epikrisen</i></p>		<p>Gi pasienten epikrise i hånden ved utskrivelse og sørge for at fastlege og annet samarbeidende personell mottar denne (i tråd med taushetspliktens bestemmelser)</p> <p>Minimuminnhold i EVU:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnose</li> <li>• Eventuell suicidalitets- og voldsproblematikk</li> <li>• Samstemt og oppdatert legemiddelliste, inkl. foreskrevne resepter</li> <li>• Aktuell oppfølging</li> <li>• Informasjon om pasienten har omsorg for mindreårige barn, og om de er ivaretatt</li> <li>• Hvor pasienten bor</li> </ul>	
<b>Melding til fylkeslegen vedrørende førerkort § 4-8 helsekrav til førerkort (Helsedirektoratet, 2016)</b>	Helsepersonell er ansvarlig for å vurdere om helsekrav til å inneha førerkort er oppfylt		Det er fastlegens ansvar til en hver tid.
<b>Melding til barnevernet</b>	Det skal sendes melding til barnevernet dersom det er grunn til å tro at det foreligger omsorgssvikt. Du som helse- og omsorgspersonell har en selvstendig opplysningsplikt.		

Pårørende			
Problemstilling	Felles ansvar og oppgaver	Nordlandssykehuset	Kommunehelsetjenesten
Hvem er ansvarlig for å undersøke støttebehovet i pasientens familie, sosiale nettverk, arbeidsgiver og andre?	Et felles ansvar for å drøfte situasjonen	Når pasienten samtykker til dette skal Nordlandssykehuset gi informasjon til pårørende, familie, arbeidsgiver og andre. Nordlandssykehuset skal gi opplæring, undersøke omsorgsoppgaver pårørende utfører, og etterspørre pårørendes behov.	
Hvem er ansvarlig for å ivareta barn og søsken som pårørende?	Helsepersonell skal bidra til å ivareta behovet for informasjon og oppfølging av mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom og/eller rusmiddelavhengighet. Helsepersonell skal tilby pasienten og alle som har omsorg for barn, veiledning og støtte for å ta vare på barna	Nordlandssykehuset har ansvar for ivaretagelse av barn som pårørende, og må samhandle tett med kommunen om praktisk utførelse. Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten skal undersøke om pasienten har mindreårige søsken og undersøke deres behov for informasjon og oppfølging.	
Hvem er ansvarlig for å innhente nødvendig kunnskap fra pårørende?		Nordlandssykehuset er ansvarlig for å innhente nødvendig informasjon som kan ha betydning for pasientens videre oppfølging. I forbindelse med tvangsvedtak er dette en plikt.	Kommunehelsetjenesten er ansvarlig for å innhente nødvendig informasjon som kan ha betydning for pasientens videre oppfølging.
Ansvarlig for å sikre situasjonen til mindreårige barn/søsken som pårørende ihht helsepersonelloven § 10 A)	Alt helsepersonell som kommer i kontakt med mindreårige barn/søsken	Dokumentere og videreformidle hva som er undersøkt og hvilke tiltak som er igangsatt under innleggelsen for å sikre barn og unges situasjon	Bidra til å sikre at barn og unge som er pårørende får nødvendig informasjon og tilstrekkelig oppfølging



## 7. Arbeidsprosess

### Mandat

Det vises til vedtak i sak 42/2015:

1. OSO ser det som svært viktig at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i fellesskap forbereder seg til de endringer som overveiende sannsynlig blir iverksatt innen psykisk helse og rus fra 2017.
2. «Kommunesiden» utarbeider forslag til mandat for et evt. KSU.
3. Mandatet oversendes sekretariatet innen 1.11.15.
4. Saken behandles på nytt 3. desember 2015

OSO gjorde i sak 58/2015 følgende vedtak (enstemmig):

Fremtidens primærhelsetjeneste – Nærhet og helhet. St. meld.26 (2015-2015) – etablering av klinisk samarbeidsutvalg (KSU)

1. Det oppnevnes et KSU med mål om å skissere hva som er gode pasientforløp. Det skal beskrives hva som nå er til hinder for gode pasientforløp. Det må beskrives hvilke ansvarsavklaringer som må finne sted før pasienter skrives inn eller ut av spesialisthelsetjenesten.
2. KSUet sammensettes av 3 repr. fra kommunene, 3 fra helseforetaket og 1 brukerrepresentant.
3. Leder av KSUet velges blant de kommunale medlemmene, mens helseforetaket har sekretariatsansvaret.
4. Oppnevning av medlemmer skal skje innen utgangen av januar.

I sak 14/2016 ble vedtaket presisert slik:

Presisering av vedtaket

1. KSUet skal arbeide med pasientforløp knyttet til Psykisk helse- og rusklinikken.
2. Klinikksjefen utpeker 3 representanter til KSUet.

### Prosjektgruppen

KSUet har hatt følgende sammensetning:

- Lena Breivik, Bodø kommune (leder)
- Lena Arntzen, Nordlandssykehuset – Samhandlingsavdelingen (sekretær)
- Arild Amundsen, Brukerrepresentant
- Tove Laila Johansen, Vestvågøy kommune
- Geir Jensen, Sortland kommune
- Kari Bøckmann, NLSH – Salten DPS
- Tarald Sæstad, NLSH – BUPA
- Desiree Høgmo NLSH – Lofoten DPS og Vesterålen DPS
- Ian Dawson, NLSH – Salten DPS

## Gjennomføring

Prosjektgruppen hadde oppstart 17.06.2016, og har hatt 6 arbeidsmøter, fordelt over en og to-dagers samlinger.

Skrivearbeid har også vært utført mellom arbeidsmøtene av en gruppe bestående av Lena Breivik, Lena Arntzen og Kari Bøckmann. Mail har også vært hyppig benyttet som verktøy i arbeidet.

KSUet ble satt sammen av fagpersoner fra kommune- og spesialisthelsetjeneste, med ulik faglig bakgrunn, i tillegg til den oppnevnte brukerrepresentanten. Det ble derfor brukt en del tid på å få en omforent forståelse av mandatet og hvordan man på best mulig måte skulle løse oppgaven.

KSUet savnet medlemmer med medisinsk faglig bakgrunn. På bakgrunn av dette har man hatt dokumentet til gjennomlesning av psykiater med erfaring fra Salten DPS og fagsjef ved Nordlandssykehuset, Tony Bakkejord, og lege fra Legevakten i Bodø kommune, Raymond Dokmo (nå Helse Nord).

De har kommet med faglige tilbakemeldinger som er hensyntatt i dokumentet.

BUPA har kun deltatt på et av møtene i KSUet. Rapporten tar derfor utgangspunkt i pasienter som er over 18 år. KSUet anbefaler at OSO vurderer å sette ned et utvalg som beskriver gode pasientforløp for pasienter som er under 18 år.

## 8. Kilder

- **Helsedirektoratet**

- o IS-2076: Sammen om mestring- Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten, 2014
- o Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Veileder, 2015
- o Nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten, 2015
- o IS- 2587: Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten, 2017
- o Førerkortveilederen, 2016

- **Lovdata**

- o Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- o Straffeloven
- o Helse- og omsorgstjenesteloven
- o Psykisk helsevernloven
- o Pasientrettighetsloven