



Rapport arbeidsgruppe «*Pasienter med langvarig psykisk lidelse, rusproblematikk med og uten tvang*»

Innhold

Sammendrag	2
Oppdragsgiver	2
Bakgrunn og mål for oppdraget	2
Medlemmer i arbeidsgruppen	2
Arbeidsgruppens oppgaver	3
Tidsplan og frist for arbeidet	4
Avhengigheter og begrensninger for arbeidet	4
Opptrappingsplanen for psykisk helse:	4
Rapporten I Grenseland (1)	4
Rapporten Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og domfelte pasienter (2)	5
Veilederen Sammen om mestring (3)	5
Regional fagplan for psykisk helsevern og TSB (4)	5
Samarbeidsavtalene mellom kommunene og SiV	5
Relevant lovverk	6
Grunnlagsdata	6
Antall pasienter innenfor arbeidsgruppens mandat	6
Arbeidsgruppens anbefalinger	7
Avklaring ansvar og oppgavedeling	7
Vurdere på hvilke områder det bør utarbeides felles maler	9
Forslag til hensiktsmessige samhandlingsarenaer og deltagelse	11
Beskrive hvordan pasienten selv og dens pårørende sikres medvirkning	11
Pasienter og pårørende er brukerspesialister og deres erfaringskompetanse bør i større grad utnyttes. Arbeidsgruppen ser at brukere også i større grad kan utfordres.	11
Foreslå og utarbeide felles rutiner / prosedyrer innen aktuelle områder	12
Felles kompetanseheving	12
Spesifikke tiltak	13
Avsluttende kommentar	13
Referanser	14
Vedlegg	14

Sammendrag

Arbeidsgruppen fikk et bredt mandat og har drøftet flere mulige tiltak for å møte oppdragets mål. Arbeidsgruppens anbefalinger bør sees på som ledd i et kontinuerlig arbeid for å styrke og forbedre samhandling og behandlingstilbudet mellom tjenestenivåene til en sårbar pasient- og brukergruppe: *Pasienter med langvarig psykisk lidelse, rusproblematikk med og uten tvang.*

Arbeidsgruppens vesentligste anbefalinger og foreslåtte tiltak:

1. Etablere et lederforum med virksomhetsledere psykisk helse og avhengighet fra kommunene og avdelingssjefer fra Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA).
2. Etablere FACT team i Vestfold.
3. Avtalefeste i *Delavtale samarbeid om helhetlige pasientforløp* samarbeid om pasienter på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) og samtidig utarbeide likelydende prosedyre som legges i både kommunens og spesialisthelsetjenestens kvalitetshåndbok. Når ferdigstilt bør lederforum vurdere og initiere å utarbeide lignende felles prosedyrer/rutiner på andre områder.
4. Sikre enhetlig forståelse og bruk av Kriseplan/tverretattlig risikohåndteringsplan
5. Involvere pasient/bruker og ev. pårørende ved mer målrettet bruk av individuell plan og ansvarsgrupper. Det anbefales også å utforske ROM modellen nærmere.
6. Etablere et nærmere samarbeid i forkant av innleggelse på pasienter som søkes inn til døgnbehandling i TSB.

Oppdragsgiver

Helsefellesskapet ved strategisk samarbeidsutvalg (SSU) er oppdragsgiver.

Bakgrunn og mål for oppdraget

I handlingsplan 2021 – 2022 hadde Helsefellesskapet i Vestfold som mål at det skulle foreligge en tjenestemodell/tjenesteavtale i løpet av 2022 som *sikrer gode overganger, trygg utskrivning- og oppfølging av pasienter «i tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold».*

I handlingsplanen for Helsefellesskapet i Vestfold 2023 var et av innsatsområdene å etablere en arbeidsgruppe *pasienter med langvarige psykiske lidelser og rusavhengighet.* Den siste handlingsplanen har således utvidet målsetningen til å omfatte pasienter med både rus og psykisk lidelse som har behov for langvarige og koordinerte tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten uten at det nødvendigvis foreligger vedtak om tvang.

I SSU møtet den 24.11.22 ble det gitt en presentasjon av utfordringsbildet og besluttet at det skulle utarbeides et mandatutkast av en representant fra kommunehelsetjenesten og en representant fra KPA med frist 31.01.2023. Det skulle tas utgangspunkt i situasjonsbeskrivelse som er utarbeidet i kommunen, med supplerende bidrag og innspill fra KPA.

Arbeidsgruppen skal bidra til helsefellesskapenes hensikt: *å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester, til fordel for pasienter som trenger tjenester fra både den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Avtalen skal bidra til at kommunene og helseforetaket ser hverandre som likeverdige partnere, med felles eierskap og ansvar for pasientene. En viktig siktemål med helsefellesskapene er dessuten å skape forutsetninger for felles planlegging og utvikling av tjenester, for pasienter som trenger både kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester.*

Medlemmer i arbeidsgruppen

Det utpekes deltakere med erfaring i arbeid med pasientgruppen fra sentrale områder i den kommunale helsetjenesten og fra spesialisthelsetjenesten. Deltakere må ha legitimitet innad i egen virksomhet og ha kunnskap om aktuelle faglige retningslinjer og veiledere og kjenne til regelverket for spesialisthelsetjenesten og den

kommunale helsetjenesten. Faglig samarbeidsutvalg for kvalitet og tjenesteutvikling (FSU-KT) benyttes som referansegruppe til arbeidsgruppen.

Det anbefales tre-fire representanter fra hhv. spesialisthelsetjenesten og fra kommunene. Det bør sikres tverrfaglig representasjon. Brukerrepresentasjon skal delta. Minst en av representantene fra hver av tjenestenivåene bør være leder på operativt nivå i egen virksomhet. Deltagelse av jurist er ønskelig.

Utpekte medlemmer:

Brukerrepresentasjon:

- Carina Hagensten, cjoerg@siv.no, rådgiver for brukerinvolvering DPS Vestfold

Fra Spesialisthelsetjenesten:

- Therese Karlsson, thekar@siv.no, avdelingspsykolog DPS Vestfold
- Elisabeth Sørum Reiersen, elisabeth.reiersen@siv.no, ass. avdelingssjef Psykiatrisk sykehusavdeling
- Katarina Krokeborg, katarina.krokeborg@siv.no, avdelingssjef Avdeling for rus og avhengighet (ARA)
- Irmeli Rehell Øistad, irmeli.oistad@siv.no, fagsjef Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA), leder av arbeidsgruppen

Fra kommunene i Vestfold:

- Catharina Carming Vestmoen catharina.carming.vestmoen@larvik.kommune.no, kommunepsykolog Larvik kommune
- Therese Offerdahl therese.offerdahl@tonsberg.kommune.no, virksomhetsleder Tønsberg kommune
- Lena Sjølie lena.sjolie@faerder.kommune.no, virksomhetsleder Færder kommune
- Torunn Hallenstvedt Sigveland, Torunn.Hallenstvedt.Sigveland@sandefjord.kommune.no, kommuneadvokat Sandefjord kommune ble erstattet av Marie Elise Schübeler Reiten, Marie.Elise.Schubeler.Reiten@sandefjord.kommune.no, kommuneadvokat Sandefjord

Arbeidsgruppens oppgaver

Arbeidsgruppen skal beskrive hvilke pasientgrupper som bør inkluderes i deres arbeid og anslå antall pasienter dette vil omfatte. Det skal tas utgangspunkt i pasienter som faller innenfor «*Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser*», jf. veilederen *Sammen om mestring*, pasienter skal motta eller vurderes å være i behov av tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i form av langvarig og koordinerte tjenester pga. sin rus og/eller psykiske lidelse.

Arbeidsgruppen bes om å:

- avklare ansvar og oppgavedeling. Beskrive oppgaver som bør være felles og der tjenestene må ha tett samarbeid og gi forslag til hvordan samhandling / samvirke best bør skje og i hvilken form, eks. å etablere FACT team eller lignende
- vurdere på hvilke områder det bør utarbeides felles maler for å sikre viktig dokumentasjon om eks. voldsrisikovurdering og kriseplaner/mestringsplaner m.m.
- gi forslag til hensiktsmessige samhandlingsarenaer og deltagelse, ev. hvordan benytte allerede eksisterende arenaer som felles fora, samarbeidsmøter o.l.
- beskrive hvordan pasienten selv og dens pårørende sikres medvirkning
- foreslå og utarbeide felles rutiner / prosedyrer innen aktuelle områder
- utarbeide forslag til tiltak som kan øke gjensidig forståelse av tjenestenes oppdrag, foreslå områder med behov for felles kompetanseheving med målsetning bl.a. å avklare forventninger til andre tjenesteytere, gi

innsikt om hverandres lovverk og behandlingstilbud og slik bidra til å skape likeverdighet i møte mellom tjenestene

- vurdere om det er spesifikke tiltak som skal foreslås i særlig komplekse pasientsaker og hvordan dette kan sikres i praksis

Tidsplan og frist for arbeidet

Arbeidsgruppen skal levere status og en fremdriftsplan for arbeidet og forslag til områder der det vurderes behov for å utarbeide felles rutiner, presenteres og fremlegges for Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) den 1.juni.

Det er ikke gitt en tidsplan for endelig rapport og avslutning av arbeidet. Arbeidsgruppens tilråding er at de anbefalinger som gis i denne rapporten avløser og erstatter videre arbeid. Spesielt mener arbeidsgruppen at etablering av et lederforum vil være en løsning som raskt kan fange opp og løse utfordringer mellom nivåene. Videre vil et slikt forum kunnen initiere mindre og målrettede arbeidsgrupper og forbedringstiltak etter behov og sikre gjennomføring av anbefalte tiltak gjennom tettere samhandling på ledernivå.

Avhengigheter og begrensninger for arbeidet

Opptrappingsplanen for psykisk helse:

Ny opptrappingsplan for psykisk helse Meld. St. 23 (2023 – 2033) ble publisert juni 2023. I følge informasjon på regjeringens nettsider har planen tre innsatsområder:

- Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid,
- gode tjenester der folk bor og
- tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov

Når det gjelder det siste punket, tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov, har regjeringen listet opp seks mål i planen:

1. Bidra til økt levealder for personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer
2. Legge til rette for sammenhengende tjenester og forløp
3. Bidra til bedre tjenester til barn og unge med langvarige og sammensatte behov
4. Bidra til bedre tjenester til voksne med langvarige og sammensatte behov
5. Bidra til å fremme riktig bruk av legemidler
6. Jobbe for gode og samordnede tilbud fra helse- og justissektoren

Rapporten I Grenseland (1)

I rapporten presenteres resultatene fra prosjektet «Utfordringer med samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri fra et kommuneperspektiv», gjennomført på oppdrag fra KS. Fra oppsummering i rapporten:

Rapporten viser at kommunene gir tjenester til en sammensatt gruppe brukere med alvorlig psykisk lidelser, ofte samtidige rusproblemer, og hvor det er en vurdert forhøyet volds- eller sikkerhetsrisiko. Ulike tjenesteområder i kommunen er involvert i oppfølging av målgruppa, og personene det er snakk om befinner seg ofte i et grenseland mellom kommunens tjenesteansvar og spesialisthelsetjenesten. Lov om psykisk helsevern gir spesialisthelsetjenesten ansvar for utredning og behandling av personer med alvorlig psykisk lidelse, og forvalter tvangshjemler på området. Kommunen har ansvar for bo- og tjenestetilbud forankret i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, men kommunale tjenester er basert på at innbyggerne frivillige ønsker å motta dem. Rapporten viser at kommuner og spesialisthelsetjenesten ofte kan ha ulike forståelser og vurderinger av pasienters behov, og begrenset kjennskap til hverandres kontekst og rammer. Det kan være krevende å agere i dette grenselandet, hvor det kan være uenighet både om pasientens situasjon og behov, hva som er et egnet og godt tilbud, og hvem som har ansvar for å gi nødvendige tjenester, behandling og oppfølging. Begrenset døgnkapasitet i psykisk helsevern skaper press på utskrivning av pasienter og høyere terskel for innleggelse.

Rapporten Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og domfelte pasienter (2)

Rapporten ble publisert 13.september 2023. Rapporten adresserer utfordringer med økende antall pasienter på dom til tvungent psykisk helsevern og en rekke utfordringer i oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelse, voldsproblematikk og ofte rusmiddelavhengighet. Erfaringen fra eget opptaksområde er at det er mye godt samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Utadrettete tjenester fra sikkerhetspostens spesialpoliklinikk og direkte tilbakeføring til sikkerhetspost ved forverring, gjør at kommunene kan stå i krevende oppgaver.

Veilederen Sammen om mestring (3)

Veilederen for lokalt psykisk helse- og rusarbeid *Sammen om mestring* er under revisjon av Helsedirektoratet og var forventet bli sendt på høring høsten 2023. Veilederen gir føringer for arbeidsdeling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

I det såkalte Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser, er det angitt eksempler på tilstander: medikament- eller rusmiddelavhengighet, alvorlige bipolare lidelser, alvorlig depresjon, schizofreni og alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Veilederen peker på noen måter å organisere tilbudene på, bl.a. oppsøkende team der spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester arbeider sammen om å gi samtidige tjenester.

Det anbefales bl.a. i veilederen pk.t. 4.5 at

- *Kartlegging av voldsrisiko bør foregå i et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen*
- *Etablering av aktivt oppsøkende behandlingsteam som ACT/FACT og/eller ROP-team er en anbefalt organisering for å møte brukere og pasienter med vold- og utageringsproblematikk*

Regional fagplan for psykisk helsevern og TSB (4)

Regional fagplan peker på utfordringer som at *økende spesialisering av tjenester kan bidra til fragmentering av tjenestetilbudet både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten, og ikke minst i samhandlingen mellom de to forvaltningsnivåene. Pasientene kan oppleve å ha utilstrekkelig involvering i egen behandling, og helsehjelpen er ikke alltid godt nok koordinert*

Nasjonal helse- og sykehusplan (kortversjon)

Kortversjon – Hvor vil vi?: *Pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner. Helsepersonell spiller hverandre gode, vet hva neste ledd i pasientforløpet trenger og kan bidra med. Digitale løsninger gjør arbeidshverdagen enklere, ikke vanskeligere. Kommuner og sykehus planlegger og utvikler tjenester sammen med brukere og fastleger i helsefelleskap.*

I mars 2023 la Sykehusutvalget frem utredningen NOU 2023: 8 *Fellesskapets sykehus – Styring, finansiering, samhandling og ledelse*. I rapporten fremheves behovet for en klarere avgrensning av hva som hører til kommunehelsetjenesten og hva som hører til spesialisthelsetjenesten. Sykehusutvalget foreslår øremerkede samhandlingsbudsjett for at kommuner og helseforetak sammen kan etablere gode tjenester for pasienter som har vedvarende behov for behandling fra begge omsorgsnivåer.

Samarbeidsavtalene mellom kommunene og SiV

Helsedirektoratets veileder til Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak er førende. Det vises til Overordnet samarbeidsavtale mellom XX kommune og Sykehuset i Vestfold helseforetak (SiV HF). Vedlagt eksempel mellom Færder kommune og SiV HF.

Delavtale *samarbeid om helhetlige pasientforløp* er under arbeid.



Relevant lovverk

- Pasient og brukerrettighetsloven
- Helse og omsorgstjenesteloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Psykisk helsevern loven
- Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet

1.august 2022 trådte det i kraft nye bestemmelser om samarbeid, samordning og barnekoordinator i 14 velferdstjenestelover. *Endringene i velferdslovene er et virkemiddel for å få til og få i gang samhandling, og et grep for å sikre mer helhetlige tjenester. De påpeker eksempelvis i spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven, et sørge-for-ansvar dersom samarbeid er nødvendig for å gi mennesker et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. I pasient- og brukerrettighetsloven tydeliggjøres denne rettigheten ([Napha: Endring i velferdslovene 26.09.22](#)).*

Plikten til samarbeid fremkommer bl.a. i Spesialisthelsetjenesteloven (sphi) § 2-1 e. samarbeid: *...virksomheter som yter spesialisthelsetjenester som nevnt i § 2-1 a, samarbeider med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud....*

Grunnlagsdata

Antall pasienter innenfor arbeidsgruppens mandat

DPS Vestfold psykosepoliklinikk nord og sør:

Antall pasienter i aktiv behandling innskrevet pr 26.04.23, både tvang og frivillig:

- Psykosepol nord – totalt 159 pasienter (60 på tvang)
 - Kommunetilknytning på tvang: Horten 17 pasienter, Holmestrand 7 pasienter, Færder 11 pasienter, Tønsberg 22 pasienter, Hokksund 1 pasient, Ullensaker 1 pasient, Lillestrøm 1 pasient. (frivillig foreligger det ikke noe rapporter ennå)
- Psykosepol sør – totalt 106 pasienter (24 på tvang)
 - Kommunetilknytning totalt - 61 pas fra Larvik, 45 pasienter fra Sandefjord

Tallene viser at det er variasjon mellom kommunene mht. hvor mange pasienter med diagnostisert tilstand og hvor mange som følges opp underlagt tvangsvilkår.

Psykosepoliklinikk sør har 24 pasienter med 4-4 vedtak. 13 til hører Larvik og 11 tilhører Sandefjord.

- Av de 13 pasientene som tilhører Larvik er det 3 pasienter som mottar injeksjon i poliklinikk, 6 mottar tabletter av hjemmetjenesten og 4 mottar tabletter av personal i bolig.
- Av de 11 pasientene som tilhører Sandefjord er det 4 pasienter som mottar injeksjon i poliklinikk, 4 pasienter mottar injeksjon i kommunen (sykehjem eller bolig), 2 mottar tabletter av hjemmetjenesten (1 får ukedose og en får daglig utlevering), 1 pasient får tabletter av bolig

Psykosepoliklinikk nord har 47 pasienter med 4-4 vedtak. Poliklinikken setter injeksjon på 34 av disse pasientene. Av de resterende 13 pasientene er 4 pasienter tilknyttet Borger og er således utenfor Vestfold kommunenes ansvarsområde. De 4 kommunene i nord bistår poliklinikken med til sammen 9 pasienter:

- Tønsberg: 5 pasienter hvorav samtlige bor i bemannet bolig (1 mottar injeksjon og 4 mottar tabletter)
- Færder: 2 pasienter mottar tablettbehandling, begge bor i bemannet bolig

- Horten: 2 pasienter mottar tablettbehandling av mestringsteam
- Holmestrand har ingen pasienter på denne listen.

Spesialpoliklinikken tilknyttet Sikkerhetsposten, Psykiatrisk sykehusavdeling:

Spesialpoliklinikken følger opp 27 pasienter pr. 16.11.23 hvorav 18 på tvungent psykisk helsevern uten døgnet og hjemmehørende i Vestfold. Av disse har kun en pasient legemiddelbehandling uten eget samtykke etter phvl. § 4-4. Spesialpoliklinikken administrerer medisineringsen på tvang.

To pasienter hjemmehørende annet fylke og 7 pasienter er tilknyttet spesialpoliklinikken i frivillig psykisk helsevern.

Kommunenes beregning av personer/brukere innenfor gruppe 3:

- Færder: 102
- Holmestrand: 83
- Larvik: 150
- Horten: 133
- Sandefjord: 600 (utfordringer med å hente ut tall pga. registreringer i systemene / tallene høye pga hvordan man har organisert tjenestene)
- Tønsberg: 280

Forløp 3 pasienter mottar ofte flere tjenester innad i kommunene og kan derfor bli telt flere steder, dette kan være en forklaring på usikre data.

LAR pasienter

400 (stigende – tidligere 350 stabilt frem til d.å.) Av disse 1/3 dårlig funksjon som har behov for samtidige tjenester. De har ofte flere tjenesteytere inne. Det er også 1/3 som burde ha flere tjenester, men som avviser involvering av andre tjenester. 1/3 med god funksjon som ikke har behov utover LAR.

ROP Poliklinikken

Totalt antall pasienter pr. 05.05.23: 84 stk.

Av disse 84 pasientene har noen parallelle pasientforløp på andre seksjoner i KPA:

- LAR: 22 stk.
- RUPO: 5 stk.
- Psykosepoliklinikken: 4 stk.
- Allmenn pol C: 1 stk.

Ca 15 pasienter er registrert i en såkalt føroverveilsesfase – altså saker der andre tjenester har henvendt seg til ROP. Disse sakene står til avklaring/vurdering for Pasientforløp i ROP.

Arbeidsgruppens anbefalinger

Arbeidsgruppen tok utgangspunkt i pasienter som faller inn under «*Hovedforløp 3: Alvorlige og langvarige problemer/lidelser*», jf. veilederen *Sammen om mestring*, pasienter skal motta eller vurderes å være i behov av tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i form av langvarig og koordinerte tjenester pga. sin rus og/eller psykiske lidelse.

Avklaring ansvar og oppgavedeling.

Beskrive oppgaver som bør være felles og der tjenestene må ha tett samarbeid og gi forslag til hvordan samhandling / samvirke best bør skje og i hvilken form, eks. å etablere FACT team eller lignende

Under drøfting fremkommer at flere pasienter/brukere innenfor arbeidsgruppens mandat mottar parallelle overlappende behandlingstilbud fra kommune og spesialisthelsetjenesten, men også fra ulike avdelinger og seksjoner innenfor spesialisthelsetjenesten. Disse er ikke alltid godt nok koordinert og samordnet. Arbeidsgruppen har definert at det for ofte er «doble eller triple» løp som utfordrer samhandling og enhetlig pasientbehandling. Dette bidrar både til uklarhet for bruker/pasient, pårørende og samarbeidspartnere og er lite effektiv ressursutnyttelse.

Etablere FACT team i Vestfold

Arbeidsgruppen anbefaler at det etableres FACT-team. FACT står for Flexible Assertive Community Treatment, og er en behandlingsmodell som gir oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til personer med alvorlig psykisk lidelse og tilleggspoblemer som rusutfordringer, samt lavt funksjonsnivå.

Målgruppen for etablering av FACT team kan være pasienter som i dag mottar tjenester fra psykosepoliklinikkene ved DPS og som mottar samtidige tjenester fra kommunen, og noen ganger også tjenester fra Avdeling for avhengighet (ARA) og ROP poliklinikken. Dette vil bety at pasientgruppen har som primærlidelse en psykosediagnose med eller uten tilleggslidelse og/eller ruslidelse.

ROP poliklinikken har ikke definert spesifikk diagnose som inklusjonskriterium. Deres målgruppe er pasienter over 18 år med samtidig alvorlig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse med vedvarende nedsatt funksjonsnivå og som ikke har nyttiggjort seg andre ordinære behandlingstilbud. Alvorlig psykisk lidelse kan slik det defineres i *Nasjonal faglig retningslinje for ROP behandling* være bipolar lidelse, schizofreni, angst og posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depresjon, personlighetsforstyrrelser, ADHD og spiseforstyrrelser. ROP poliklinikken har pr i dag mange pasienter med alvorlig personlighetsproblematikk og ruslidelser, pasienter som bl.a. også mottar LAR behandling. ROP fungerer i dag som et samhandlingsteam og kommunene rapporterer stor tilfredshet med deres arbeid. Pasientgruppen i ROP anbefales gjennomgått da man ser at noen kan ha nytte av FACT tilnærming og flere pasienter mottar tjenester fra ulike tjenesteytere innen spesialisthelsetjenesten, eks. oppfølging i LAR og psykosepoliklinikken.

Arbeidsgruppen anbefaler at de ulike ambulante tjenestene tar et helhetlig ansvar for bruker/pasient fremfor å fragmentere oppfølging blant mange aktører. Dette vil være i tråd med anbefalingene til FACT modellen og integrerte tjenester.

Det anbefales å gjennomføre en workshop med bistand fra NAPHA for å sikre felles forståelse av hensikten med å etablere FACT team og sikre enighet om målgruppe og deltagelse.

Etterleve pasientens rett til Individuell plan og koordinator

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). De har også rett til å få en egen koordinator som leder planarbeidet. Koordinator er en rettighet uavhengig av om pasienten samtykker til individuell plan eller ikke. Arbeidsgruppen ser at IP ofte ikke opprettes fordi pasienten takker nei. Det synes som at dette både er fordi pasienten ikke opplever at en plan kan bidra eller ikke forstår hensikten eller også ordet IP kan virke fremmed. Arbeidsgruppen vurderer at helsepersonells/tjenesteyteres holdninger og egen forståelse av IP og hvordan dette fremlegges for pasienter kan ha stor betydning.

IP skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom pasient/bruker og tjenesteapparatet, og en «samhandlingsplan» mellom ulike tjenesteytere. Pasientens/brukers mål og ønsker skal være utgangspunktet for prosessen. IP bør fremsnakes og initieres gjennom en ansvarsgruppe.

Pasient/bruker med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester har rett på en koordinator uavhengig av om pasienten/brukeren ønsker individuell plan. Koordinator bør bistå pasient/bruker i ansvarsgruppemøte.

Arbeidsgruppen anbefaler at *ansvarsgruppe* som tverrfaglig koordineringsmøte benyttes oftere, at det sikres navngitt koordinator og at det tilstrebes å opprette IP. Det må videre sikres at IP gjøres kjent for alle involverte, det må etterspørres i PLO meldinger og kommuniseres hvem som er brukers koordinator.

Annet

Ambulant akutt team (AAT) i spesialisthelsetjenesten sin funksjon meddeles av kommunerepresentantene å oppleves i dag lite fleksibelt og brukes mindre enn tidligere. Det reises også spørsmål om hvilke pasienter som bør motta AAT sine tjenester. Det er et pågående arbeid i KPA hvor temaet tas opp.

Pasienter med ruslidelser: det er et behov å avklare når behandling bør avsluttes og når det bør eller ikke bør søkes om langtidsbehandling. Det reises spørsmål om hvordan bedre sikre at pasient får behandlingstilbud som ikke er for å «sende bruker ute av syne og sinn», men bedre vurderinger av når langtidsbehandling er til nytte. Det drøftes behov for en rutine beskrivelse, men arbeidsgruppen har ikke gått videre med dette nå. På sikt vurderes hensiktsmessig å etablere et nærmere samarbeid i forkant av innleggelse på pasienter som søkes inn til døgnbehandling i TSB. Rusteamene i kommunene må involveres i et slikt arbeid for å sikre en enhetlig forståelse.

Fastlegene kjenner ikke til kommunenes tilbud, og det er en utfordring at kommunene er ulikt organisert. Det bør tilstrebes en bedre kommunikasjon med fastlegene, sikre at de involveres.

Vurdere på hvilke områder det bør utarbeides felles maler

Hensikt å sikre viktig dokumentasjon om eks. voldsrisikovurdering og kriseplaner/mestringsplaner m.m.

Individuell plan (IP)

er et verktøy som skal sikre og fremme pasientens behov og koordinering av tjenestene. Dette er et verktøy som i liten grad nyttiggjøres i dag. Samtidig er det mange som etterlyser behov for såkalte «samhandlingsplaner». Det må arbeides for holdningsendring både hos medarbeidere i kommunene og spesialisthelsetjenesten for å få utnyttet potensialet til IP iht. intensjonen. Det bør fokuseres på rammen for å lykkes gjennom ansvarsgrupper og koordinator for pasienten. Viser til punkt 1.2. over.

Arbeidsgruppen fremhever at samme mal for dokumentasjon ikke nødvendigvis løser utfordringene mellom tjenestenivåene. Vesentlig er at der andre tjenesteytere forventes å ha en rolle, bør disse involveres i arbeidet med f.eks. en kriseplan eller risikohåndteringsplan. Dette sikrer at man er omforent med problemstilling, roller og hvilke oppgaver de ulike nivåer har ansvar for.

Voldsrisikovurdering

En voldsrisikovurdering betyr å utrede og forstå hvilken type vold som er sannsynlig og i hvilke sammenhenger dette kan komme til å skje. Fra kommuneperspektiv poengteres at en risikovurdering også må ta stilling til de rammene pasienten skal skrives ut til (i kommunen). For at en voldsrisikovurdering skal være nyttig må den kunne si noe om fremtidige stressituasjoner, eks. tilbakefall til rus og iverksettelse av forebyggende tiltak. Hensikten med en slik vurdering er å kunne redusere voldsrisikoen. Arbeidsgruppen anbefaler at kan være hensiktsmessig å kjenne til felles verktøy for voldsrisikovurderinger, men her vil det være ulik kompetanse som kan avgjøre hvilket verktøy som er mest hensiktsmessig. Flere kommunalt ansatte tjenesteytere har kjennskap i V-RISK-10 som benyttes mye i spesialisthelsetjenesten. Det som er vesentlig er at de ulike tjenestene innhenter opplysninger og kunnskap om den det gjelder hos hverandre, og eventuelt pårørende eller andre etater. Forutsatt bruker/pasientens samtykke eller at det foreligger hjemmel. Eksempelvis kan personal i bolig ha kjennskap til bruker/pasient som ikke spesialisthelsetjenesten kjenner til. En risikovurdering må sees ut fra den kontekst og aktuelle situasjon en person er i, ikke bare fra et øyeblikksbilde.

Arbeidsgruppen anbefaler at det brukes samme mal for en *risikohåndteringsplan*. Viktig å involvere hverandre i utarbeidelse av planen, og gjøre risikohåndteringsplanen tilgjengelig når det er avdekket en høy voldsrisiko.

Sikkerhetsposten ved Psykiatrisk sykehusavdeling har utarbeidet en kriseplan de kaller «*Tverretatlig kriseplan*». Denne tydeliggjør de involverte tjenesters oppgaver og ansvar og sikrer kontaktinformasjon samt tydelige føringer for når en skal iverksette tiltak. Det vedlegges et eksempel (vedlegg). Dette bidrar til god pasientsikkerhet,

samfunnsvern og beslutningsstøtte for helsepersonell og tjenesteytere både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å initiere samarbeid om utarbeidelse av risikohåndteringsplan/ «tverretalig kriseplan» i tilfeller hvor dette er aktuelt, og sørge for at risikohåndteringsplanen bør utarbeides i et samarbeid mellom pasienten, eventuelt nærmeste pårørende, andre i spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste, inkludert fastlegen og andre relevante instanser, som for eksempel NAV og lokalt politi, jf. Rundskriv [Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse – oppgaver og samarbeid](#)

I revidert rundskriv *Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykiske lidelse – oppgaver og samarbeid* publisert 03.07.23, er det en mal for risikohåndteringsplan. Det anbefales at denne i utgangspunktet benyttes. (vedlegg)

Kriseplan / mestringsplan

Begrepet kriseplan benyttes i flere situasjoner og ved ulike behov, jf. ovenstående.

Kriseplan har for de fleste pasienter som målsetning å bidra til å fange opp tidlige tegn på forverring / tilbakefall av psykisk lidelse og både styrke pasientens egen mestring og bidra til at virksom hjelp og behandling kan iverksettes for å forhindre ytterligere forverring. Andre aktuelle tjenesteytere bør inkluderes i arbeidet i utarbeidelse av en kriseplan og være kjent med sine oppgaver. Arbeidsgruppen anbefaler at det benyttes samme eller lignende mal for kriseplan både i spesialisthelsetjenesten og kommunen. Mal for kriseplan er dog ikke gjennomgått i arbeidsgruppen. Eksempel vedlegges (vedlegg)

Det vesentlige er at kriseplan som mestringsplan brukes terapeutisk i samarbeid med pasienten og gjøres tilgjengelig der det er vesentlig at andre tjenesteytere bør kjenne til den. For mange pasienter vil MIN PLAN på pasientens mobil være mest hensiktsmessig. For andre vil det være mer vesentlig at tjenesteytere vet når og hvilke tiltak skal iverksettes og hvem som har ansvar, jf. krisehåndteringsplan ved voldsrisiko under punkt 2.1.

Felles prosedyre for TUD pasienter med/uten behandling med legemidler uten eget samtykke

Arbeidsgruppen har gjennomgått forslag til en prosedyre som bør gjøres tilgjengelig i både kommunenes og sykehusets kvalitetshåndbok. I delavtale mellom sykehuset og kommunene foreslås et tillegg under samarbeidsområde:

Nytt pkt. 3.7 Pasienter på tvungent psykisk helsevern uten døgnet

Pasienter på tvungent psykisk helsevern uten døgnet (TUD) har alvorlig psykisk lidelse og sammensatte tjenestebehov som fordrer samarbeid og avklarte ansvarsforhold mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det utarbeides i fellesskap en prosedyre som beskriver:

- Felles ansvar
- Partenes ulike ansvar
- Forutsetninger for at kommunene kan bistå med tvangsmedisinering
- Beskrive plikt til gjensidig veiledning og mulighet for kontakt der det oppstår situasjoner som krever avklaring for å sikre forsvarlig behandling og oppfølging av pasienten

Prosedyren skal være tilgjengelig for tjenesteytere i de respektive kvalitetshåndbøker

Under arbeidet har det vært uenighet om betaling av utgifter ved gjennomføring av tvangsmedisinering når helsepersonell fra kommunen gjennomfører den medikamentelle behandling. Helsedirektoratet har gitt føringer at *der pasienten samtidig mottar annen type helsehjelp som eksempelvis psykososial oppfølging, vil utgifter for den praktiske gjennomføringen av tvangsmedisineringen dekkes av kommunen som en del av den helhetlige oppfølging av pasienten i kommunen.* Hvordan dette skal forstås er fortsatt noe uklart.

Det er tatt initiativ av klinikkssjef i KPA, Christian Reissig at spørsmålet om dekning av utgifter løftes til lederforum med kommunalsjefer, samhandlingssjef i SiV og klinikkssjef KPA.

Det vises til vedlagt utkast (vedlegg)

Riktig og standardisert bruk av digital kommunikasjon

God kommunikasjon og informasjonsflyt er en forutsetning for å lykkes i samhandling.

Arbeidsgruppen fremhever:

- Sykehuset må ha som praksis at PLO melding alltid sendes til saksbehandler på tildelingskontoret/tjenestekontoret i kommunen. Saksbehandler videresender internt.
- Kommunen bør i PLO melding beskrive hvilke tjenester pasienten har vedtak for, eks. IP, koordinator.
- Dialogmeldinger bør benyttes oftere, eks. ved endring i medisiner eller pasient har rømt o.l..

Forslag til hensiktsmessige samhandlingsarenaer og deltagelse

Hvordan utnytte allerede eksisterende arenaer som felles fora, samarbeidsmøter o.l.

Opprette nytt forum for ledere

Arbeidsgruppen foreslår at det etableres et nytt forum: *Lederforum for psykisk helse og rus i Vestfold* der avdelingssjefer fra KPA og virksomhetsledere *psykisk helse og avhengighet* fra kommunene er faste medlemmer. Fra KPA vil det innebære at fem avdelingssjefer deltar og fra kommunene seks virksomhetsledere.

Forum for psykisk helse og politi i Vestfold

Forum for psykisk helse og politi i Vestfold vurderes å være en viktig arena der saker om samhandling kan tas opp. Dette forumet har representasjon fra alle kommunene i Vestfold, flere avdelinger i KPA, politiet, prehospital klinikk, Akuttsenteret i sykehuset og Tønsberg interkommunale legevakt. Helserettsjurist deltar på invitasjon.

Forum for rus og psykisk helse i Vestfold

Forum for rus og psykisk helse i Vestfold er et forum som har som mandat å bidra til samhandling, felles kompetanseutvikling og erfaringsutveksling for kommunene og spesialisthelsetjenesten innen rus og psykisk helse. Forumet har et arbeidsutvalg. Statsforvalteren deltar i forumet og bidrar med midler til fagsamlinger. Arbeidsgruppen ser at dette forumet har som fokus kompetanseutvikling som tilsynelatende treffer kommunenes behov mer enn spesialisthelsetjenesten. Forumet skal bidra til erfaringsutveksling og kan være en viktig arena for å videreutvikle samhandling og godt samarbeid.

Beskrive hvordan pasienten selv og dens pårørende sikres medvirkning

Pasienter og pårørende er brukerspesialister og deres erfaringskompetanse bør i større grad utnyttes.

Arbeidsgruppen ser at brukere også i større grad kan utfordres.

Eksempler på å styrke brukermedvirkning:

- Ansvarsgrupper er en forutsetning for en funksjonell IP, sikrer samhandling og sikrer pasientens og pårørendes medvirkning. I realiteten er pårørende for enkelte brukere/pasienter den egentlige koordinator. Dette bør tydeliggjøres om ønskes av pasient/bruker.
- ROM (Råd og Muligheter): Larvik kommune har etablert ROM. ROM-møtene er for pårørende til psykisk syke eller rusavhengige. Formålet med ROM er å kunne tilby best mulige tjenester og samarbeid med de som påvirkes av en utfordrende livssituasjon. ROM skal også være et godt sted å møte andre som er i lignende situasjoner. På ROM kommer fagpersoner som ønsker å lytte, dele erfaringer og lære. Fagpersonene kommer fra forskjellige tjenestesteder.
- ROM-Agder er et regionalt brukerstyrt senter som benytter egne ansatte og frivillige medarbeidere i arbeidet. De drives med midler fra Helsedirektoratet på årlig søknad. De tilbyr lavterskel samtale, følge til

lege eller andre tilbud. Sammen med flere andre organisasjoner tilbys samtalegrupper og aktiviteter, likepersonarbeid.

Arbeidsgruppen anbefaler at ROM modellen utforskes nærmere og at det kan vurderes om det er grunnlag for et *ROM-Vestfold*.

Arbeidsgruppen ser også et behov for at tjenestenivåene i samarbeid med brukere våger å problematisere hvor langt tjenestene skal strekke seg når pasienten velger å ikke ta imot tilbud eller ikke synes å ha nytte av tiltakene. Dette kan være vanskelige etiske avveininger og det må tas stilling hvorvidt pasient/bruker er i stand til å ta egne valg, i hvor stor grad pasient/bruker kan ansvarliggjøres og om helsetjenesten har vært lydhør for pasient/brukers behov.

Det er i noen tilfeller et dilemma om og når avslutte behandlingstiltak. Å motta en tjeneste stiller også krav til tjenestemottakeren. Som helsetjeneste skal man også være forsiktig med hvordan kravene til pasient/bruker formidles, blir de gitt på en måte som gir oss grunn til og rettferdiggjør å avslutte kontakten eller er det en reell avslutning av hensyn til pasientens valg, ønske og behov? Det fordrer at helsetjenesteytere har god kompetanse om pasientens lidelse, har kunnskap i motivasjonsarbeid og brukermedvirkning.

Både kommunenes og spesialisthelsetjenestens representanter ser behovet for i større grad å benytte tilbakemeldingsverktøy for å sikre systematisk brukerinvolvering og vite om behandlingen faktisk virker for den enkelte pasient/bruker. Bruk av tilbakemeldingsverktøy gjør det mulig å følge med på endringer og ha jevnlig dialog rundt behandlingsnyttene. Verktøy som fremheves er FIT (Feedback informerte tjenester) eller Norse (Norwegian Outcome Response System for Evaluation). Der man har lyktes i å ta i bruk tilbakemeldingsverktøy, beskrives god nytte av dette. Det må arbeides for å skape en kultur der bruker/pasients mening om behandlingen verdsettes. Dette forutsetter god plan for implementering.

Foreslå og utarbeide felles rutiner / prosedyrer innen aktuelle områder

Dette punktet er overlappende med andre temaer arbeidsgruppen skulle svare opp, og det vises til arbeidsgruppens anbefalinger under punkt 2: *Vurdere på hvilke områder det bør utarbeides felles maler.*

Felles kompetanseheving

utarbeide forslag til tiltak som kan øke gjensidig forståelse av tjenestenes oppdrag, foreslå områder med behov for felles kompetanseheving med målsetning bl.a. å avklare forventninger til andre tjenesteytere, gi innsikt om hverandres lovverk og behandlingstilbud og slik bidra til å skape likeverdighet i møte mellom tjenestene

Arbeidsgruppen vurderer at felles fagdager og kurs har verdi på flere måter; felles kompetanseheving, erfaringsdeling og bedre kjennskap til hverandres hverdag og juridiske rammer. Fagdager i seg selv garanterer på ingen måte for bedre samhandling om det ikke suppleres med workshops eller oppgaver/samsnakk i tverrfaglige og tverretatlige grupper.

Det anbefales fagdager/workshops

Felles fagdag og/eller workshops kan ha fokus på områder med:

- Behov for begrepsavklaringer og felles forståelse:
 - *Hva er en utskrivningsklar pasient:* pasientens tilstand må sees i den aktuelle kontekst – det er ulikt i en lukket post versus bolig i kommunen. Kasuistikker
 - Kommunens vedtak / tildelingskontoret: Hva har kommunene «å tilby» – hva er en «bemannet bolig»
 - Bli bedre kjent med hverandres tjenester og lovverk

Forum for psykisk helse og rus kan være en aktuell arena.

Felles kompetanseløft

Ønskes spesielt for behandling og oppfølging av pasienter med aggresjonsproblematikk:

- MAP – møte med aggresjonsproblematikk, gis som to-dagers opplæring til miljøpersonale og behandlere på døgn i KPA. Kommunene ønsker kurs av KPAs instruktører. Må avklares.
- ERM (Early Recognition Method) – foreslås som en felles satsning for boligpersonal i kommunene og miljøterapeuter i KPA. ERMs kliniske hovedpoeng er tidlige forvarsler og tidlig intervensjon. Brukermedvirkning og samhandling mellom miljøpersonell og pasient (eventuelt familie/nettverk) er av stor betydning i ERM (Erfaring fra boliger som har satset på IMR i Tønsberg at felles metodikk og «språk» gir bedre samhandling om den enkelte bruker/pasient) Det må eventuelt sjekkes ut med SIFER om muligheter for kurs.

Hospitering

Arbeidsgruppen anbefaler at det sikres gjensidig hospitering mellom tjenestene. Dette vil bidra til en større forståelse for hverandres arbeidshverdag og muligheter til å iverksette tiltak og alternative virkemidler i pasientbehandlingen. Spesielt kommunene opplever at det er et for stort gap i forventninger fra spesialisthelsetjenesten til hva en kommunal bemannet bolig kan tilby av oppfølging.

Spesifikke tiltak

vurdere om det er spesifikke tiltak som skal foreslås i særlig komplekse pasientsaker og hvordan dette kan sikres i praksis

Arbeidsgruppen har ikke fått arbeidet grundig med dette punktet. Spesielt for pasientgruppen som er tilknyttet Spesialpoliklinikken til sikkerhetsposten oppleves det langt på vei allerede å være etablert gode løsninger. Definerte «VIP-pasienter» har i dag åpen retur til sikkerhetsposten uten å gå via legevakt, AAT eller akuttpost. Sikkerhetspoliklinikken tar ansvar for oppfølging, noe som skaper trygghet for kommunen og dens medarbeidere. Sikkerhetsposten tilbyr kriseplass for korte stabiliserende opphold, kommunens personale kan ta direkte kontakt og pasienten tas raskt inn når det meldes om varseltegn, rusing o.l.. Dette er mulig når det foreligger en gjensidig tillit mellom tjenestenivåene og det er tydelig ansvar.

Det er også utarbeidet avtale om transport med politi/AMK om enkelt pasienter der voldsrisiko vurderes høy.

Beskrevne ordninger gjelder i dag mange av pasientene som er på dom til tvungent psykisk helsevern.

Arbeidsgruppen ser at pasienter/brukere som utfordrer samarbeidet er i komplekse saker der ansvarsforhold og roller ikke er definert. Dette kan gjelde pasienter som enda ikke har fått en alvorlig sinnslidelse diagnose, brukere som nekter å ta imot frivillige tiltak fra kommunen og vurderes samtykkekompetente, personer som vurderes for «*frisk for psykisk helsevern og for syke for arrest/fengsel*», såkalte MAS (*mellom alle stoler*) pasienter. Politiet må involveres om det skal startes et MAS samarbeid i Vestfold.

En pasientgruppe som det også bør vurderes mer kunnskap og felles tiltak for er pasienter med utviklingshemning og med ulike tilleggslidelser.

Avsluttende kommentar

Arbeidsgruppen oppfatter i sitt arbeid at det har vært stor enighet og felles mål om å foreslå tiltak som bidrar til gode tjenester for en sårbar pasientgruppe som er avhengig av helhetlig og koordinerte tjenester. Enighet og samhandling utfordres imidlertid av tjenestenivåenes ulike rammer og forutsetninger, det være seg juridiske og økonomiske. Dette kan bidra til uklare ansvarslinjer og at samhandling i praksis blir mer utfordrende enn i planarbeid. Arbeidsgruppen mener at konkret og direkte dialog mellom tjenestenivåene og med

brukerrepresentasjon slik som det har vært i arbeidsgruppen, vil bidra til å kompensere for disse utfordringene også i det videre arbeid fremover.

Referanser

1. [I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv. Fafo-rapport 2023:06](#)
2. [Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri](#)
3. [Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. IS-2076 Veileder](#)
4. [Regional fagplan for PHV og TSB \(Helse Sør-Øst RHF\)](#)
5. [Opptappingsplanen for psykisk helse \(2023 – 2033\)](#)

Vedlegg



Tverretattlig
kriseplan.pdf



mal-for-rikskohåndter
ingsplan-politi-helse.ç



KRISEHÅNTERINGS
PLAN.pdf



UTKAST PROSEDYRE
FOR SAMARBEID KPA