

## Tilleggsavtale til øyeblikkelig hjelp døgntilbud

rus og psykisk helse

mellom Værnesregionen,

kommunene Stjørdal, Meråker, Selbu, Tydal

og

Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF



Stjørdal



Meråker



Tydal



Selbu

Det vises til Tjenesteavtale nr. 4 mellom Værnesregionkommunene Stjørdal, Meråker, Selbu, Tydal og Helse Nord-Trøndelag HF, datert 01.11.12 og til særavtale Øyeblikkelig Hjelp, datert juni 2012.

På bakgrunn av lovkrav er kommunene pålagt å etablere kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud til personer med psykiske vansker og/eller rusproblematikk, da med virkning fom. 01.01.2017.

Denne tilleggsavtalen, til eksisterende særavtale om øyeblikkelig hjelp (juni 2012), fastslår at kommunene Stjørdal, Meråker, Selbu og Tydal har etablert tilleggsfunksjon i sitt eksisterende øyeblikkelig hjelp døgntilbud, til også å gjelde personer med rus- og/eller psykiske problemer. Tilbudet er etablert med virkning fra 01.01.17.

I punkt 5.4 «Pasientgrupper som ikke er aktuelle» utgår punkt 5.4 h) «Pasienter med hoveddiagnose knyttet til rusproblematikk eller psykiatri» i den eksisterende avtalen fra 2012.

*Værnesregionen DMS, ved kommunene Stjørdal, Meråker, Selbu og Tydal, har i samarbeid med Helse Nord-Trøndelag HF og St.Olavs Hospital HF tilpasset sitt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) til å gjelde personer med psykiske vansker og/eller rusproblem. Vedlagt rapport beskriver arbeidet med tilpasning og det faglige innholdet for disse nye målgruppene.*

*Vedlagte rapport er utarbeidet i samarbeid med Helse Nord-Trøndelag HF og St.Olavs Hospital HF. Det er således en omforent beskrivelse av anerkjent tilbud, der samarbeidspartene gir sin tilslutning til planen. Begge helseforetak har bekreftet at de anerkjenner DPS Stjørdal som nærmeste veiledende instans for DMS og fagfeltet rus og psykisk helse, så lenge det ikke kommer inn behov for sentralisert sykehusfunksjon.*

Særavtalen om kommunalt øhjelps døgntilbud fra 2012 og rapport om «Tilpasning av tilbudet i interkommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i Værnesregionen for ny målgruppe – personer med psykiske lidelser og rusproblematikk» vedlegges denne avtalen.

Stjørdal 4. mai 2017

-----  
Tydal kommune

-----  
Helse Nord-Trøndelag HF

-----  
Selbu kommune

-----  
St.Olavs Hospital HF

-----  
Meråker kommune

-----  
Stjørdal kommune

**Særavtale**

**om øyeblikkelig hjelp døgntilbud**

**mellom**

**Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)**

**og**

**kommunene i det interkommunale**  
**samarbeidet Værnesregionen**  
**(deltakerkommunene)**

**Gjeldende fra 1. juli 2012**

## **Innhold**

<b>1. Parter .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Bakgrunn .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Formål .....</b>	<b>4</b>
<b>4. Virkeområde .....</b>	<b>4</b>
<b>5. Konkretisering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud .....</b>	<b>4</b>
<b>Utskrivningsdokumenter .....</b>	<b>6</b>
<b>6. Vertskommunen/deltakerkommunenes plikter .....</b>	<b>7</b>
<b>7. HNTs plikter .....</b>	<b>7</b>
<b>8. Partenes felles plikter .....</b>	<b>7</b>
<b>9. Koordineringsansvar .....</b>	<b>7</b>
<b>10. Finansiering av kommunale øyeblikkelig hjelp senger .....</b>	<b>8</b>
<b>11. Rapportering .....</b>	<b>8</b>
<b>12. Endrede forutsetninger .....</b>	<b>8</b>
<b>13. Kontaktpersoner .....</b>	<b>8</b>
<b>14. Andre bestemmelser .....</b>	<b>8</b>
<b>15. Evaluering, ikrafttredelse og varighet .....</b>	<b>9</b>
<b>16. Underskrift .....</b>	<b>9</b>

## **1. Parter**

Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) – organisasjonsnummer 983 974 791

og

Stjørdal kommune i Nord-Trøndelag fylke – organisasjonsnummer 939958851,  
Meråker kommune i Nord-Trøndelag fylke – organisasjonsnummer 835231712  
Selbu kommune i Sør-Trøndelag fylke – og organisasjonsnummer 971197609  
Tydal kommune i Sør-Trøndelag fylke – organisasjonsnummer 864983472

Kommunene Meråker, Stjørdal, Selbu og Tydal inngår i det interkommunale samarbeidet Værnesregionen (deltakerkommunene). Stjørdal kommune er vertskommune (vertskommunen) for kommunene Meråker, Selbu og Tydal. Det interkommunale samarbeidet Værnesregionen er organisert etter kommunelovens § 28 c med felles folkevalgt nemnd. HNT er kjent med vertskommuneavtalen, og den myndighet/kompetanse som er lagt til den felles folkevalgte nemnda.

Stjørdal kommune betegnes som vertskommunen  
Kommunene i fellesskap betegnes som deltakerkommunene

Forholdet mellom deltakerkommunene reguleres ikke i denne særavtalen. Dette forholdet er HNT uvedkommende.

## **2. Bakgrunn**

Hjemmel for denne særavtalen er lov 24.6.2011 nr 30 om kommunale helse og omsorgstjenester mm, § 6-2 punkt 4, jf § 3-5 tredje ledd.

*Videre legges til grunn for denne særavtalen partenes tjenesteavtale 4 **Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd - Retningslinjer for videre samarbeid om opprettelse av særavtale om døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunen og Vedlegg til tjenesteavtale 4 - Retningslinje for samarbeid og opprettelse av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp utarbeidet 10.5.2012***

*Tjenesteavtale 4 og Vedlegg til tjenesteavtale 4 utarbeidet 10.5.2012 er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14.6.2011 § 3-5 tredje ledd, § 6-2 siste ledd og lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.*

Forutsetningen for forsvarlighet og kapasitet innebærer at HNT ikke kan redusere sine øyeblikkelig hjelp tjenester så lenge antallet innleggelses øker, jf også tjenesteavtale 1 punkt 4.

Denne særavtalen skal ses i sammenheng med de øvrige avtalene som regulerer samarbeidet mellom HNT og deltakerkommunene herunder Samarbeidsavtalen mellom HNT og hver enkelt kommune gjeldende fra 31.1.2012 og de tilhørende tjenesteavtaler samt Særavtale Værnesregionen DMS mellom Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) og Stjørdal

kommune (Vertskommune).

### **3. Formål**

Formålet med denne særavtalen er:

- a) bedre pasientforløp og tilbud om tjenester nærmere pasientens bosted,
- b) bedre utnytting av samlede ressurser i sykehus og i samarbeidende kommuner,
- c) bedre samarbeidsrelasjoner innenfor og mellom tjenestenivå,
- d) å redusere antall innleggelses i sykehus,
- e) å gi den enkelte pasient et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud som skal være like godt eller bedre enn et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten,
- f) å bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelses i spesialisthelsetjenesten,
- g) bedre pasienttilfredshet,
- h) å bidra til redusert press på tilgjengelige sykehjemsplasser og sykehussenger,
- i) å bidra til kompetansedeling og kompetanseutvikling hos personellet

### **4. Virkeområde**

Denne særavtalen regulerer partenes rettigheter og plikter ved etablering, innhold og drift av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud lokalisert til lokalene i Værnesregionen distriktsmedisinske senter (DMS-bygget) gnr 102 bnr 10 i Stjørdal kommune. Adresse: Breidablikkveien 1, 7500 Stjørdal.

Særavtalen regulerer bruken av 4 senger som er øremerket til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud for pasienter bosatt i deltakerkommunene.

Døgnoophold for øyeblikkelig hjelp gjelder kun de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle og/eller yte omsorg til. Pasientene skal henvises til HNT om de ikke kan behandles forsvarlig på kommunalt nivå.

### **5. Konkretisering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud**

#### **5.1 Definisjon av øyeblikkelig hjelp**

Begrepet øyeblikkelig hjelp er regulert i helsepersonelloven § 7.

Helsepersonelloven § 7 Øyeblikkelig hjelp lyder:

*Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.*

*Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser.*

*Plikten gjelder ikke i den grad annet kvalifisert helsepersonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen.*

Partene er enige om følgende konkretisering av begrepet "øyeblikkelig hjelp" i denne særavtalen:

*"Henvvisning av pasient som har antatt hjelpebehov for umiddelbar eller snarlig undersøkelse, behandling eller pleie innen 24 timer fra første kontakt med helsetjenesten".*

## **5.2 Innleggelseskriterier**

- a) Fastlege, legevakslelege eller tilsynslege kan henvise pasienter til kommunalt øyeblikkelig hjelpdøgntilbud etter klinisk vurdering og nødvendig prøvetaking.
- b) Pasienter som henvises til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud skal tilhøre pasientgruppene som er nevnt i punkt 5.3 under.
- c) Innleggende lege skal ha en skriftlig henvisning med oversikt over så langt det er mulig tidligere diagnoser og medikamenter samt en plan for opphold og behandling.

## **5.3 Aktuelle pasientgrupper**

Pasienter/pasientgrupper som kan være aktuelle for å benytte kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud er:

- a) Pasienter med nyoppstått sykdom, men som får avklart diagnose og funksjonsnivå ved legevakt eller hos fastlege, og hvor risikoen for akutt forverring under oppholdet er liten, eksempelvis infeksjoner uten vesentlig systemisk påvirkning.
- b) Pasienter som har akutt forverring av kjent tilstand med avklart diagnose og behandlingsplan.
- c) Pasienter som har kjent sykdom hvor det skal gjøres planlagte tiltak og hvor døgnopphold er fordelaktig; eksempelvis palliativ og terminal omsorg og medikamentjustering ved kronisk smerteproblematikk.
- d) Pasienter med avklarte infeksjonssykdommer med behov for oppstart av intravenøs antibiotikabehandling.
- e) Pasienter med andre avklarte tilstander der pasienten må ha medisinsk behandling og har behov for oppfølging og observasjon i en kortere periode.
- f) Pasienter med tilstander som kan avklares av lege med det som er tilgjengelig av utstyr og prøver i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud og som har behov for oppfølging og observasjon i en kortere periode.

## **5.4 Pasientgrupper som ikke er aktuelle**

- a) Pasienter med akutt forverring av en kjent kronisk sykdom, der en vurdering av alvorlighetsgrad, komorbiditet (flere tilleggssykdommer til primær sykdom) og funksjonssvikt tilsier innleggelse i sykehus
- b) Pasienter med kroniske sykdommer og akutt funksjonssvikt hvor det kan være vanskelig å finne årsaksforhold, og hvor det er fare for rask forverring
- c) Pasienter med traumer med uavklart alvorlighetsgrad
- d) Pasienter som ut fra definerte pasientforløp (for eksempel hjerneslag eller hjerteinfarkt) skal innlegges i sykehus
- e) Pasienter hvor det foreligger en mulighet for at behandlingen kan bli forringet, eller at pasienten blir påført vesentlig mer eller forlenget lidelse,
- f) Barn (0-16 år) skal som hovedregel ikke legges inn ved kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

- g) Pasienter der det er tvil om det kommunale tilbudet er forsvarlig.
- h) Pasienter med hoveddiagnose knyttet til rusproblematikk eller psykiatri.

### **5.5 Laboratorieprøver og medisinsk utstyr**

Vertskommunen er ansvarlig for anskaffelse, drift og vedlikehold av medisinsk teknisk utstyr som er nødvendig for å gi et forsvarlig kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Det skal som et minimum utføres enkle prøver som Hb, CRP, Leukocytter, O2-metning, INR, blodsukker og urin stix. Det må også kunne tas blodkultur, urinkultur og *andre* nødvendige mikrobiologiske prøver.

Medisinskteknisk utstyr som skal være tilgjengelig og kunne brukes til pasientundersøkelser og behandling er minimum blodtrykksmåler, blærescanner, utstyr for surstoffbehandling, infusjonspumper, defibrillator (hjertestarter), pariapparat/forstøver, EKG, surstoffmetningsmåler.

### **5.6 Utskriving av pasienter fra kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud**

Til sykehus eller Værnesregionen DMS

Ved tilstand som krever mer spesialisert utredning og behandling og /eller ved forverring eller manglende respons på behandling, skal pasienten henvises til sykehus av lege i kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten avgjør om pasienten legges inn i sykehus, eller skrives ut til Værnesregionen DMS (spilelagssenger).

**Oppholdstid**

Oppholdstid for pasient innlagt ved kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud skal som hovedregel ikke overstige 5 døgn.

**Utskrivningsdokumenter**

Når pasienten skrives ut fra kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud, skal det følge med epikrise med nødvendig tilleggsinformasjon:

- a) Informasjon fra lege med medikamentopplysninger. Det skal spesifiseres hvilke medisiner som er endret/seponert med begrunnelse.
- b) Informasjon med anbefalinger om videre forløp.
- c) Ved utskriving til hjemmet skal melding til pasient inkludere medikamentopplysninger.
- d) Ved utskriving skal kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud sende med pasient resept, eventuelt medikamenter og annet utstyr slik at pasienten har nødvendig medikamenter og utstyr inn til dette kan skaffes, eller der annen avtale er inngått med helsepersonell i kommunen.
- e) Epikriser sendes fra kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i tråd med forskrift om pasientjournal.



## **6. Vertskommunen/deltakerkommunenes plikter**

6.1 Vertskommunen skal etablere og drive dette tilbudet, som omfatter 04 senger øremerket til dette formålet i lokalene i Værnesregionen DMS.

6.2 Vertskommunen har det medisinsk faglige systemansvaret i henhold til helse- og omsorgstjenestelovens bestemmelser når det gjelder ansvar for drift, ledelse, koordinering og pasientbehandling av et forsvarlig øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Bemanning og kompetanse, herunder legedekning, skal til enhver tid være forsvarlig. Det vises til deltakerkommunenes vedlagte plan for etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

6.3 Vertskommunen skal ha ett journalsystem og sikre at både leger og sykepleiere som tjenestegjør i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud har både lese- og skrivetilgang i dette journalsystemet.

## **7. HNTs plikter**

HNT har veiledningsplikt overfor kommunale helse- og omsorgstjenester, jf tjenesteavtale 6. Plikten er både generell og klinisk rettet mot individuelle pasientforløp, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

I forhold til konsultasjoner om enkeltpasienter gjelder følgende konferanserutiner mellom *kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste*:

Form: *Telefonhenvendelse*

Vilkår for konferanse og veiledning: *Problemstilling det ønskes dialog omkring og nødvendige prøver i relasjon til dette skal være avklart før kontakt med spesialisthelsetjenesten.*

Partene er enig om å utvikle kvaliteten på kommunikasjonen og ta i bruk relevante nye kommunikasjonsformer i tråd med den generelle samfunns- og teknologiutviklingen.

## **8. Partenes felles plikter**

Partene skal:

- ta i bruk de kommunikasjonsløsninger som er best tjenlig for begge parter.
- bidra til gjensidig kompetansedeling og kompetanseutvikling
- bidra til å nå målsettingen om at rett pasient får rett behandling på rett sted til rett tid

## **9. Koordineringsansvar**

Leder ved Værnesregionen DMS skal ivareta behovet for koordinering mellom vertskommunen og HNT. Koordineringsansvaret innebærer også ivaretagelse av HNTs rettigheter og plikter i henhold til særavtalen. Leder ved Værnesregionen DMS skal sørge for at partenes målsettinger blir ivaretatt i henhold til særavtalen.

## **10. Finansiering av kommunale øyeblikkelig hjelp senger**

Finansieringen følger den til enhver tid gjeldende nasjonale løsning for finansiering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

## **11. Rapportering**

Det skal utarbeides kvartalsvise rapporter som skal danne grunnlag for en evaluering av samarbeidet mellom vertskommunen og HNT. Rapportene skal også danne grunnlag for rapportering til administrativt og politisk nivå i deltakerkommunene og tilsvarende til administrerende direktør og styret i HNT.

### **Rapportene fra vertskommunen skal inneholde følgende:**

- Antall henvisninger til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud
- Pasientens kommunetilhørighet
- Hvem som har lagt inn pasienten (fastlege, legevaktlege, tilsynslege, andre)
- Hvor pasientene er lagt inn fra
- Oversikt over diagnosegrupper og antall i hver gruppe.
- Gjennomsnittlig liggetid
- Hvor pasienten er utskrevet til

Enhetsleder ved Værnesregionen DMS har ansvaret for å samle inn opplysninger og statistikk i forbindelse med driften av øyeblikkelig hjelp døgntilbud lokalisert i Værnesregionen DMS.

## **12. Endrede forutsetninger**

Ny lovgivning, forskrifter, eller andre sentrale føringer eller forhold av betydning for drift og finansiering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i Værnesregionen DMS går foran denne særavtalen.

## **13. Kontaktpersoner**

Partenes kontaktpersoner ved spørsmål omkring samarbeidet og avtalens bestemmelser er:

- Samhandlingsleder ved Værnesregionen DMS
- Samhandlingssjef i HNT

## **14. Andre bestemmelser**

Punktene 10 *Håndtering av uenighet – tvisteløsning*, 11 *Mislighold* og 13 *Innsending av avtaler til Helsedirektoratet* i Samarbeidsavtalen mellom deltakerkommunene og HNT gjeldende fra 31.1.2012, gjelder for denne særavtalen.

### 15. Evaluering, Ikrafttredelse og varighet

Avtalen trer i kraft ved signering, senest 1.7.2012, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd.

Oppstart av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud iverksettes senest innen 1.12.2012, under forutsetning av godkjenning og finansiering.

Partene er enige om å evaluere samarbeidet innen desember hvert år, første gang innen 1.12.2013. Evalueringen baseres på erfaringer ut fra kriteriene forsvarlighet, befolkningsgrunnlag, beleggsprosent, forbruksrate, liggetid, finansieringselementer i samhandlingsreformen og personellbruk herunder legetilgang.

Vertskommunen har ansvaret for å igangsette evalueringsprosessen.

Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres. Dersom avtalen sies opp skal ny avtale inngås innen utgangen av oppsigelsestiden.

### 16. Underskrift

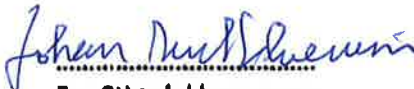
Avtalen er utferdiget i 2 eksemplarer hvorav partene beholder hvert sitt.

Sted/Dato...26.06.2012



.....  
For Helse Nord-Trøndelag HF

Sted/Dato...28.06.2012



.....  
For Stjørdal kommune



.....  
For Meråker kommune



.....  
For Selbu kommune



.....  
For Tydal kommune

# Tilpasning av tilbudet i interkommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i Værnesregionen for ny målgruppe – personer med psykiske lidelser og rusproblematikk.

---

Tydal, Selbu, Stjørdal og Meråker kommune

Desember 2016 (siste revidering 20.4.17)

**Denne rapporten legges til grunn ved lovpliktig tilleggsavtale om  
ØHD-driften, med Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital**

## Innhold

1	Bakgrunn.....	3
2	Kommunens plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgntilbud .....	4
3	Lokalisering av kommunale øyeblikkelig hjelp senger .....	4
4	Værnesregionen .....	4
5	Kommunalt psykisk helsearbeid – en oversikt .....	5
5.1	Hjemmebasert oppfølging .....	5
5.1.1	Stjørdal kommune.....	5
5.1.2	Meråker kommune .....	5
5.1.3	Selbu kommune .....	5
5.1.4	Tydal kommune .....	5
5.2	Boveiledning og miljøtiltak i bolig .....	5
5.3	Treffsted og dagsenter .....	6
5.4	Fastlege .....	6
5.5	Legevakt .....	6
6	Innholdet i nytt tilbud.....	6
6.1	Aktuelle pasientgrupper.....	6
6.2	Samhandling ved henvisning, innleggelse og utskrivning.....	7
6.3	Behandlingstilbudet .....	8
6.4	Utstyr og lokalitet.....	8
6.5	Oppholdets varighet.....	9
6.6	Kompetanse .....	9
6.7	Ansvarlig lege .....	10
7	Spesialisthelsetjenestens akutt tilbud .....	10
7.1	Lokal allmennpsykiatrisk sykehusavdeling og poliklinikk (DPS) .....	10
7.1.1	Vurdering og veiledningsteamet (VOV) ved Stjørdal DPS .....	10
7.2	Sentraliserte sykehusfunksjoner .....	11
7.2.1	St. Olavs Hospital – Divisjon psykisk helsevern .....	11
7.2.2	St. Olavs Hospital – Klinik for rus- og avhengighetsmedisin .....	11
7.2.3	Psykisk helsevern HNT .....	12

Arbeidsgruppe:

Ann-Sissel W.Helgesen (gruppeleder) – enhetsleder VR DMS

Eli Selsaas – fastlege/avdelingslege VR DMS

Leif Edvard Muruvik Vonen – interkommunal kommuneoverlege VR

Andreas Evenhus – leder Oppfølgingstjenesten for rus og psykisk helse Stjørdal kommune

Ann Inger Leirtrø – leder DPS Stjørdal og repr. for HNT (stedfortreder: Eva May Rygh)

Hans Michael Waaler – lege DPS Stjørdal

Robert Mulelid – leder legetjeneste og psykiatritjeneste i Selbu kommune

Gry Horven – rådgiver Tydal kommune

Turid Brurok – leder psykiatritjeneste i Meråker kommune

Marit Helen Bjerkli – brukerrepresentant

George Mjønes – overlege klinikk rus/avh.medisin St.Olav

Unni Korshavn – leder klinikk rus/avh.medisin St.Olav

Randolf Vågen – rådgiver/psykiater Divisjon psykisk helsevern St.Olav

## 1 Bakgrunn

Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud – ØHD – er et nytt tiltak under Samhandlingsreformen.

Januar 2016 fikk kommunene ansvar for å tilby sine innbyggere døgntilbud innen øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Fra januar 2017 skal kommunene også tilby ØHD for pasienter med psykisk sykdom og rusproblematikk. Regjeringen har besluttet at dette nye tilbudet skal etableres uten nye økonomiske rammer, innen 01.01.2017.

Redusert antall innleggelser i spesialisthelsetjenesten er et viktig mål med dette.

For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det i følge Sintef et betydelig potensial for å unngå innleggelser gjennom etablering av gode kommunale tilbud. Det hevdes at å holde psykisk helse og rus utenfor plikten om kommunal øyeblikkelig hjelp døgnoophold, vil kunne bidra til at brukere med slike helseproblemer prioriteres ned. Regjeringen varslet derfor i Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* at plikten til å ha kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp også skal omfatte mennesker med psykisk helse- og/eller rusproblemer.

Plikten innebærer, som i somatikken, etablering av døgnplass i helseinstitusjon, og tilbudet skal kunne etableres med basis i den allmenntilleggsmedisinske og øvrige kompetansen som finnes i kommunen.

Helse- og omsorgsdepartementet påpeker at det innen psykisk helse- og rusfeltet er svært få oppholdsdøgn som kan legges til grunn for en overføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Innføring av plikten kan derfor ikke forstås som en oppgaveoverføring fra

helseforetak (HF) til kommunene, men som et nytt tiltak av mer forebyggende karakter. Psykisk helsevern inkludert deres Distriktpsykiatriske sentre (DPS), og akutttilbudet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal fortsatt styrkes og videreføres.

Den lovpålagte samarbeidsavtalen mellom kommune og helseforetak skal beskrive kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold og er et overordnet virkemiddel for samarbeidet om dette tilbudet, jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven, kap. 6. Avtalen må også omfatte tilbudet som skal gis til pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer.

Helsedirektoratet har laget veiledningsmateriell som skal bistå kommuner og helseforetak i å avtale etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Avtalen skal som et minimum beskrive kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold, retningslinjer for utskrivning og innskrivning av pasienter og gjensidig kunnskapsoverføring. Avtalen bør også beskrive helseforetakenes samlede akutttilbud, også innen psykisk helse- og rusområdet.

## **2 Kommunens plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgntilbud**

«Øyeblikkelig hjelp» her forstås som hjelp til pasient som har antatt hjelpebehov for umiddelbar eller snarlig undersøkelse, behandling eller omsorg.

«Døgntilbud» er en sengeplass i institusjon der helsehjelp kan gis på forsvarlig måte.

## **3 Lokalisering av kommunale øyeblikkelig hjelp senger**

Da vi allerede fra november 2012 har etablert kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen somatikk anses det hensiktsmessig å legge dette nye tjenestetilbudet til det eksisterende ØHD-tilbudet samme sted. Dette er også i tråd med føringene fra departementet. Med plikten skal brukere med psykisk helse- og rusmiddelproblemer fra 2017 ikke diskrimineres, men ha lik rett til et kommunalt tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold som pasienter med somatiske behandlingsbehov. Tilbudet blir med dette integrert i eksisterende tilbud, med en endret formulering av inntakskriterier. Omfanget av ØHD-tilbudet vil fortsatt være totalt 4 senger.

## **4 Værnesregionen**

Værnesregionen er et interkommunalt samarbeid mellom kommunene Tydal, Selbu, Malvik, Frosta, Meråker og Stjørdal. Innen helsetjenester gjender hovedsakelig samarbeid mellom fire av kommunene; Tydal og Selbu i Sør-Trøndelag, som benytter St.Olavs Hospital som lokalsykehus, og Meråker og Stjørdal i Nord-Trøndelag, som benytter Helse Nord-Trøndelag som lokalsykehus. Alle disse fire kommunene har allmennpsykiatrisk tilbud gjennom etablert samarbeid med Stjørdal DPS.

## **5 Kommunalt psykisk helsearbeid – en oversikt**

### **5.1 Hjemmebasert oppfølging**

#### **5.1.1 Stjørdal kommune**

Oppfølgingstjenesten for rus og psykisk sykdom har personell som tilbyr støtte, samtaler og treningskontakt, basert på å møte pasient og bruker i deres hjem eller ute i nærmiljøet, og med fokus på en stabil funksjonsevne og helsetilstand. Avklaring på kort varsel av symptomer på angst og depresjon, med fokus på brukeres egenmestring, tilbys gjennom prosjektet «Rask psykisk helsehjelp».

NAV Værnes, avdeling Oppfølging tilbyr veiledning, støtte og kartlegging sosialfaglig for å sikre brukerens økonomiske rammebetingelser og arbeidsrettet mulighet.

#### **5.1.2 Meråker kommune**

har 1,5 stilling i rus- og psykiatri tjenesten, 100 % psykiatrisk sykepleier og 50 % spesial vernepleier.

I løpet av høsten 2016 får Meråker en biveileder i 100% stilling, som vil inngå i samarbeidet mellom rus- og psykiatritjeneste, helsestasjonen og barnevern.

#### **5.1.3 Selbu kommune**

Fra 2016 har vi valgt å organisere dette arbeidet i en rus- og psykiatritjeneste som organisatorisk er sammen med Selbu legekontor ("Lege og psykiatritjenesten"). Her jobber det to psykiatriske sykepleiere i til sammen 150% stilling, og i tillegg er nå ansatt ruskonsulent (vernepleier) i 80% stilling og miljøterapeut (sykepleier) i 80% stilling. Totalt antall årsverk i rus- og psykiatritjenesten: 3, 2 årsverk

#### **5.1.4 Tydal kommune**

Psykiatritjenesten i Tydal kommune er organisert som en egen tjeneste med tjenesteleder for helse og omsorg som nærmeste leder. Tjenesten er et lavterskeltilbud og krever ingen henvendelse fra lege, alle som har behov kan ta kontakt. De fleste henvendelser kommer derimot fra lege. Ellers kommer henvendelser fra helsesøster, og NAV. For tiden består tjenesten av 3 stillinger á 50 %

### **5.2 Boveiledning og miljøtiltak i bolig**

Psykisk helsetjeneste i den enkelte kommune tilbyr dette som en del av oppfølgingen av psykisk syke og rusavhengige. Tilbudet kan tilpasses i brukerens eget hjem, eller gis i begrenset antall i kommunal omsorgsbolig med personale tilstede (psykiatribofellesskap). Behovet for hjelp vurderes også i denne sammenheng i samarbeid med den enkelte person. Henger i stor grad sammen med hjelpetilbudet som er hjemmebasert.



### **5.3 Treffsted og dagsenter**

Lavterskel møteplass og aktivitetstilbud med helsefaglig bemanning tilbys i Stjørdal ved Bonitas. Aktiviteter etableres i samarbeid mellom brukere og ansatte. I Meråker er dagsenter åpent fra kl. 11.00 – 14.00, som kan arrangere et enkelt måltid i fellesskap, eller turer.

### **5.4 Fastlege**

Fastlegene tilbyr allmenntilleggs vurderinger og behandling, både på kort varsel og ved langtids oppfølging. Samarbeider med psykisk helsehjelp for øvrig i kommunen. Kommunikasjon og avklaring gjøres ved bruk av meldingsutveksling eller telefon, om samstemming av medikamentlister og dialog og informasjon om brukere og pasienter. Fastlegene har ansvar for reseptforskrivning, og har prinsipielt sett behandleransvaret for brukere og pasienter i kommunehelsetjenesten (utenom institusjon).

Fastlegen står gjerne ansvarlig for å innhente veiledning, henvise til innleggelse eller arrangere annet samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

### **5.5 Legevakt**

Hastevurderinger utenom fastlegens åpningstider besørjes av Værnesregionen Legevakt. I tillegg leverer legevaktpersonalet ut medikament for enkelte brukere, etter avtale i Legemiddelassistert rusbehandling (LAR).

## **6 Innholdet i nytt tilbud**

ØHD-sengene i Værnesregionen DMS får med dette en ny brukergruppe. Vi vil tilby hjelp til pasientgrupper som kommunene selv har mulighet til å utrede, behandle og/eller yte omsorg til. Allmenntilleggs og øvrig ordinær kompetanse i kommunal virksomhet er tilstrekkelig.

Forsvarlighetsvurdering står sentralt. Dersom innleggelse i institusjon for helse- og omsorgstjeneste er nødvendig, skal det vurderes om det er forsvarlig å legge pasienten inn i et kommunalt tilbud eller om pasienten trenger innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

ØHD psykisk helse og rus skal være et supplement til eksisterende tiltak, ikke en erstatning. Tilbudet skal være aktuelt tidligere i et sykdomsforløp enn tilfellet er når spesialisthelsetjenestens akutttilbud blir nødvendig.

### **6.1 Aktuelle pasientgrupper**

Hovedsakelig tenkes tilbudet å være et nytt tilbud til personer med psykiske eller rusmiddelrelaterte problem som av en eller annen grunn trenger ekstra vurdering, behandling, omsorg og støtte i en kort periode. Det skal være lege i primærhelsetjenesten som henviser til ØHD. Tilbudet anses mest egnet ved følgende diagnoser eller tilstander:

- Lett til moderat angst eller depresjon, eller alvorlig psykisk lidelse med behov for rask endring av bomiljø – vurderes i samråd med spesialisthelsetjenesten i hvert tilfelle

- Psykiske eller alkoholrelaterte vansker hos person med svekket somatisk helse som behøver behandling for avklart tilstand (KOLS forverring, infeksjon, el.l.)

Eksempler på situasjoner der ØHD innen rus og psykiatri kan være egnet for bruker/pasient:

- En «dårlig» periode hos kjent bruker/pasient – dvs. redusert funksjon eller endret hjemmesituasjon som gjør at det ikke er forsvarlig å la personen være i eget hjem – vurderes tverrfaglig
- Personer som opplever moderate forverringer eller sårbare perioder med psykiske problemer og rus – eventuelt som venter på spesialisthelsetjeneste
- Personer som trenger kartlegging og observasjon en kort periode for å avklare og koordinere videre behov for hjelp og støtte
- Når omsorgsperson til personer blir indisponert (f.eks. sykehusinnleggelse) – «causa sociale»

Personer med følgende tilstander eller situasjoner bør ikke tilbys innleggelse i ØHD:

- Personer under 18 år (og bare unntaksvis under 20 år)
- Personer som bør legges inn i spesialisthelsetjenesten til øyeblikkelig hjelp
  - Vi vil følge spesifikke pasientforløp i spesialisthelsetjenesten, som for eksempel tiltak ved delirium, fare for selvmord, akutt psykose/mulig alvorlig psykisk lidelse
  - Uklare og uventede tilstander som truer liv og helse behøver spesialistvurdering
  - Pasienter med akutt forverring av kjent kronisk sykdom eller rusmiddelbruk, der en vurdering av alvorlighetsgrad, samtidige tilleggssykdommer eller vesentlig funksjonssvikt tilsier innleggelse i sykehus
  - Pasienter med fysiske traumer med uavklart alvorlighetsgrad, de skal til sykehus
  - Pasienter med akutt forgiftning, de skal legges inn i sykehus
- Gravide rusavhengige, de kan ha rett på tilbud i spesialisthelsetjenesten og tverrfaglighet som ikke finnes i ØHD
- Pasienter med kroniske sykdommer og akutt funksjonssvikt hvor det kan være vanskelig å finne årsaksforhold, og hvor det er fare for rask forverring, de skal til spesialistvurdering
- Personer som har behov for skjerming og eventuelt tvang, de skal vurderes av spesialisthelsetjenesten

## 6.2 Samhandling ved henvisning, innleggelse og utskrivning

Tjenesten er tilgjengelig for øyeblikkelig hjelp 24/7 – 365 døgn pr år. Tjenesten gis uten vedtak og det er ingen egenandel for pasienten.

### *Før innleggelse*

Fastlege eller legevaktlege skal skrive innleggelsesskriv på nivå med en henvisning til spesialisthelsetjenesten når pasienten synes å være i behov av ØHD innleggelse. Mål med

innleggelsen og medisinsk begrunnet forordning av tiltak skal beskrives tydelig. Informasjon om medikasjon og øvrige tjenester bør i størst mulig grad angis. Henvisningen sendes via meldingsutveksling eller på papir til DMS. Før pasienten sendes, skal det avklares pr. telefon til DMS om det er kapasitet til å ta imot.

Sykepleier ved DMS skal etterspørre ved kontrollspørsmål om det foreligger tilstand som bør unngå innleggelse.

#### *Under oppholdet*

Ved ankomst skal sykepleier foreta inkomstsamtale for nødvendig kartlegging av aktuell situasjon, familie- og livssituasjon, pasientens motivasjon, ressurser og nettverk. Eget kartleggingsskjema benyttes ved innleggelse. Tiltak igangsettes i henhold til henvisningsskriv og dialog i forbindelse med innleggelsen.

Fastlegen må kontaktes om innleggelsen, fordi hun/han kjenner til aktuell og tidligere behandling og oftest kjenner godt til pasientens situasjon. VR DMS bør helst benytte telefon for å sikre at fastlegen blir informert og kan komme med viktig informasjon tidlig. Annet personell i kommune eller spesialisthelsetjenesten som har oppfølging eller fast kontakt med pasienten skal også kontaktes snarest for å sikre helhet i forløpet for pasienten. Hvis pasienten ikke har etablert oppfølging, kontaktes aktuelle kommune for å vurdere behov for det – via Forvaltningskontoret.

#### *Ved utskrivning*

VR DMS skal påse at ansvar for videre oppfølging er klart, og at opplysninger om oppholdet og aktuelle tiltak blir formidlet videre til den ansvarlige. Tilsvarende informasjon gis som epikrise til henvisende lege og fastlege. Det benyttes elektronisk meldingsutveksling der dette er mulig.

### **6.3 Behandlingstilbudet**

Ansatte i DMS skal tilby behandling og omsorg i form av støttesamtaler, aktivisering og observasjoner. Personalet kan bistå med igangsatt personlig veiledning og samtale i tråd med lettere terapeutisk opplegg beskrevet i henvisningsskriv eller på annen måte formidlet av pasientens ordinære hjelpeapparat.

Pasienter med fare for funksjonsfall sikres kvalifisert vurdering om videre oppfølging kontinuerlig i løpet av oppholdet. Ved behov må pasienten få tilsyn av lege med kort responstid. Nødvendige somatiske prøver og undersøkelser tas eller forordnes, og resultatene vurderes i DMS. En kan be om evt veiledning fra spesialisthelsetjenesten. DMS er ansvarlig for å ha nødvendig utstyr tilgjengelig for undersøkelser.

Behandlingen skal dokumenteres i kommunens fagsystemer.

### **6.4 Utstyr og lokalitet**

Værnesregionen DMS er ansvarlig for anskaffelse, drift og vedlikehold av medisinsk teknisk utstyr som er nødvendig for å gi et forsvarlig kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

Det kan utføres enkle prøver som Hb, Diff. med CRP, INR, elektrolytter, kreatinin, natrium, kalium, blodgass, blodsukker og urin-stix. Det kan tas blodkultur, urinkultur og andre nødvendige mikrobiologiske prøver.

Værnesregionen DMS har EKG, V-scan, blærescanner, spirometri, scop, SaO<sub>2</sub>-apparat, BT-apparat mm., samt medisinsk teknisk utstyr som hjertestarter, infusjonspumper, smertepumper, ernæringspumper, O<sub>2</sub> og forstøverapparat.

Lokalene er i utgangspunktet tomannsrom, men en har mulighet til enerom hvis det er behov for det.

## 6.5 Oppholdets varighet

Oppholdstid for pasient i kommunalt øyeblikkelig døgntilbud skal som hovedregel ikke overstige 5 døgn

## 6.6 Kompetanse

DMS har leger i avdelingen daglig. Fast ansatte leger dekker pr. høsten 2016 hverdager, mens helg og høytid dekkes visitt av annen lege etter avtale. På andre tider av døgnet kan legevakt kontaktes for legetilsyn. Øvrig personale i DMS er sykepleiere, der flere har bakgrunn fra arbeid i intensivavdeling eller hjerteovervåkning, og avdelingen har fysioterapeut og ergoterapeut.

Det er ikke tenkt økt bemanning for implementering av dette nye tilbudet inn i de 4 ØHD-sengene en har. Derfor er det helt avgjørende at VR DMS har en klar plan på hvem som kan veilede og ta samtaler med pasienter fortløpende hvis det skulle være behov for det.

- Bruker/pasients faste oppfølger fra kommune eller terapeut fra spesialisthelsetjenesten kontaktes, og er velkommen til å møte opp i VR DMS under oppholdet.
  - Det er etablert et samarbeid med Stjørdal DPS som består i faglig veiledning i enkeltsaker ved Vurderings- og veiledningsteamet (VoV) fra DPS.
  - Det arrangeres også generell kompetansehevning for ansatte på psykisk helse- og rusfeltet ved temamøter i regi av VR DMS, eller i samarbeid på arenaen Sokrates fagdag på DPS.
- Medlemmer i arbeidsgruppen bistår med å følge opp dette.

- Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital har ikke krevd spesifikke opplæringstiltak i fagfeltet rus og avhengighet, og forholder seg til at DPS Stjørdal er DMS sin nærmeste rådgivende instans. DMS kontakter derfor ved behov ut over dette, pasientens fastlege (jmf. Avsnitt 5.5), eller helseforetakenes konsultasjons- eller akutt-tjeneste (jmf. Avsnitt 7.2 Sentraliserte sykehusfunksjoner)

Kompetanse til å observere symptomendringer og virkning av medikamenter, samt kompetanse i kommunikasjon med pasienter i akutte kriser har enheten lang erfaring med.

Det ansettes ikke sykepleier eller andre med videreutdanning i psykisk helsearbeid eller tilsvarende kompetanse i VR DMS ved etableringen, men behovet for slik kompetanse til stede vil bli vurdert etter oppstart.

## **6.7 Ansvarlig lege**

Behandlingsansvar før innleggelse i ØHD er fastlegen, og i innleggelsessituasjonen er innleggende lege ansvarlig for forordninger i inntil ett døgn – til neste planlagte visitt. Under oppholdet er DMS-lege medisinsk ansvarlig i avdelingens arbeid, men utenom ordinær arbeidstid er engasjert visitt-lege ansvarlig for sine aktuelle vurderinger og forordninger fram til neste visitt. Ved behov der legevakt tilkalles, vil tilsvarende tidsbegrenset ansvar tilfalle denne legen.

## **7 Spesialisthelsetjenestens akutt tilbud**

### **7.1 Lokal allmennpsykiatrisk sykehusavdeling og poliklinikk (DPS)**

Innleggelse ø.hjelp kan tilbys i DPS hvis problemstillingen ikke medfører behov for spesialkompetanse som bare finnes i sentralisert sykehusfunksjon (se punkt 5.2). For både Stjørdal, Meråker, Tydal og Selbu kommuner er lokalfunksjonen definert til Stjørdal DPS. Denne avdelingen er en del av Psykiatrisk klinikk i Helse Nord-Trøndelag. Veien inn ved øyeblikkelig hjelp må gå via akutfunksjonene i Psykiatrisk klinikk, der vaktlegeenheten etter vurdering kan overlate ø.hjelp tiltak som hastetime eller innleggelse i DPS. Personer som har eller har hatt et tilbud i DPS og har en avklart diagnose, får gjerne tilbud ved DPS. For avklaringer omkring akutt innleggelse av pasienter fra Tydal og Selbu tas kontakt med St. Olavs Hospital, Psykisk helsevern.

Tilbudet i DPS omfatter sengepost og poliklinikk med medikamentell, psykoterapeutisk og miljøterapeutisk metodikk og kompetanse. Målet er å få kontroll over pasientens symptomer så raskt som mulig. Fordeler ved behandling i en psykiatrisk døgnpost er at behandlingen kan være mer intensiv enn ved poliklinisk behandling, man får oppfølging hele døgnet og trygge rammer i en krevende fase.

#### **7.1.1 Vurdering og veiledningsteamet (VOV) ved Stjørdal DPS**

Vurdering og veiledningsteamet ble opprettet høsten 2015 hvor målsettingen var å koordinere DPS' utadrettede virksomhet til et felles team. VOV-teamets oppgaver er:

- Rettighetsvurdering av henvisninger til DPS Stjørdal jfr. Prioriteringsveileder.
- Undersøke/avklare pasienter henvist med uklar problemstilling.
- Gjøre korte utredninger/vurderinger av pasienter som kan avsluttes etter 3-5 konsultasjoner.
- Bemanne og besvare hastehenvendelser fra fastlege og vaktlegeenheten (Psyk.avd Levanger).
- Tilby veiledning til kommunehelsetjenesten i opptaksområdet.

- Oppdatere DPS Stjørdal og Psykiatrisk klinikk kontinuerlig på demografiske og prospektive data om befolkningen i opptaksområdet og behandlingsbehovet fremover.

DPS Stjørdal og Vurdering og veiledningsteamet tar ikke ø-hjelp – eller akutt problematikk.

De er tilgjengelig på telefon 948 25 831, eller via sentralbordet ved **DPS Stjørdal telefon 74 84 90 80** hverdager mellom **0900 – 1500**.

## 7.2 Sentraliserte sykehusfunksjoner

Akutt innleggelse eller rask vurdering poliklinisk utføres normalt av Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Levanger eller Avdeling Østmarka (se under), sted velges ut fra pasientens bostedskommune.

Innleggelser i spesialisthelsetjenesten reguleres av prioriteringsveilederne – for elektiv innleggelse og ø-hjelpsplikten for akuttinnleggelser. PH har god kompetanse i å vurdere hvem som skal ha akuttbehandling i spesialisthelsetjenesten. Den tilgrunnliggende forståelsen av hvilke pasienter som skal innlegges synes også å være rimelig godt kjent hos fastleger og legevaktsleger. Det innlegges derfor i liten grad pasienter som ellers kunne ha fått et kommunalt døgntilbud. Det vil imidlertid være en del situasjoner som trenger en avklaring på spesialisthelsetjenestenivå.

### 7.2.1 St. Olavs Hospital – Divisjon psykisk helsevern

St.Olavs Hospital har sentralisert akutttilbud for pasienter med hovedsakelig psykisk sykdom i Divisjon psykisk helsevern.

Akuttpostene på Avd. Østmarka har lang erfaring med å ta imot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp (ø-hjelp). Opptaksområdet for ø-hjelp er hele Sør-Trøndelag fylke. Fra 29.03.16 ble telefonnummer **73874714** innført for veien inn til St. Olavs Hospital, også for henvendelser om rask sykehusinnleggelse med psykisk sykdom. En kommer da i kontakt med Sør-Trøndelag Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og kan melde behov for øyeblikkelig hjelp og komme i konferanse med vakthavende lege i Psykisk helsevern (PH).

Akutt innleggelse hit kan for eksempel være aktuelt der allmennlege ser behov for tvungent psykisk helsevern eller rask utredning av uklar tilstand.

### 7.2.2 St. Olavs Hospital – Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin

Sentralisert akutttilbud for pasienter med hovedsakelig rus- og avhengighetsproblem i Sør-Trønderske kommuner tilbys her. Telefon til rusakutt og konsultasjonstjeneste RUS: 73 86 29 29. Øvrige henvendelser skal gå til 73 86 28 00

Hovedtilstander som er aktuelle for innleggelse på rusakutt:

- Akutt og alvorlig, men ikke livstruende, helsetilstand som følge av rusinntak.
- Alvorlig eskalerende bruk av rus- og/eller vanedannende legemidler.
- Akutt kritisk rusrelatert krise for pasienter i rusbehandling (spesielt under 23 år).
- Der utsettelse av avrusning kan medføre alvorlig tap/forverring av sosial situasjon.

I sykehuset er rusakutt tilbud om støttetjeneste eller overføring:

- Medisinsk abstinensbehandling etter innleggelse i observasjonspost/somatisk avdeling.
- Medisinsk abstinensbehandling etter innleggelse i psykiatrisk avdeling.
- Oppfølging etter overdose/forgiftning.

Resultat av vurdering av henvendelser kan være:

- At pasienten tilbys innleggelse i rusakuttavdeling ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin.
- At pasienten tilbys tett poliklinisk behandling ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin.
- At pasienten viderehenvises til elektiv avrusning og frist for oppstart behandling settes med bakgrunn i de opplysninger som foreligger.
- At pasienten henvises til ordinær behandling i tverrfaglig, spesialisert rusbehandling (poliklinisk behandling, dagbehandling eller døgnbehandling).
- At pasienten vurderes å være i behov av helsehjelp i det kommunale tjenesteapparatet og ikke spesialisthelsetjenesten.

Rusakuttavdelingen har ikke rammer til å gi omfattende medisinsk behandling, eller utredning av alvorlig eller uavklart somatisk eller psykisk sykdom. Pasientens helsetilstand må, så langt som mulig, være avklart før innleggelse i rusakuttavdelingen.

### 7.2.3 Psykisk helsevern HNT

Sykehusfunksjonen for akutt innleggelse eller vurdering ligger ved Sykehuset Levanger.

Ved henvendelse fra pårørende, fastlege, annet helsepersonell eller legevaktlege om pasient som vurderes innlagt til psykisk helsevern, følges i AMK rutiner fra Norsk Index for akuttmedisin per telefon. **Lege bes kontakte forvakt / vaktlegeenheten på tlf. 74098000** og ber om vurdering av akutt innleggelse i psykiatrisk avdeling eller Rusakutt-tilbud. Spesialist gir råd og veiledning per telefon, og vurderer pasienter som etter avtale med henviser ankommer for øyeblikkelig hjelp. Vaktlegeenhetene er bemannet med primærvakt og bakvakt hele døgnet.

#### 7.2.3.1 Akutt innleggelse Post 2

Ved alvorlige symptomer som kommer plutselig kan det være aktuelt med akutt innleggelse. Det er fastlegen, legevakt eller poliklinisk behandler som vurderer om det er behov for innleggelse. Den endelige avgjørelsen skjer på sykehuset. Posten tilbyr psykiatrisk øyeblikkelig hjelp utredning, risikovurdering og behandling – og har kompetanse og lokaler til tvungen behandling og skjerming. Akutte innleggelser kan skje hele døgnet.

#### 7.2.3.2 Akutt rusbehandling (ARA)

Personer med et rusmiddelinntak som utgjør en umiddelbar fare for eget liv og helse, abstinensreaksjoner, vesentlige relasjonsbrudd eller skadelig utagering bør vurderes for akutt behandling i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Følgende forhold bør vektlegges i vurderingen:

- Forhøyet selvmordsrisiko
- Forhøyet voldsrisiko
- Bilkjøring eller liknende
- Annen risikoatferd som for eksempel å bli liggende ute
- Forvirringstilstander som gjør at pasienten er ute av stand til å ivareta egen sikkerhet
- Uavklart rusmiddelbruk (nye psykoaktive stoffer)

Kilde: Pasientforløp Rusakutt – samarbeid 1. og 2. linje, HNT – retningslinje.