

Til kommunenes sentralforbund i Midt-Norge:  
- KS Møre og Romsdal, Fylkeshuset 6404 Molde  
- KS Sør-Trøndelag, Statens hus 7468 Trondheim  
- KS Nord-Trøndelag, Fylkets hus, 7735 Steinkjer

Vår referanse:  
2006/RH

Deres referanse:

Dato:  
19.10.2006

## Samhandlingsavtale mellom Rusbehandling Midt-Norge HF og kommunene i Midt-Norge.

Det har vært et ønske om å få etablert en samhandlingsavtale på rusområdet i Midt-Norge, og at denne har lik utforming for alle kommunene i regionen.

Etter avklaring med KS ble det denne våren nedsatt ei arbeidsgruppe med mandat om å utarbeide en slik avtale. Grappa hadde følgende sammensetning:

Fra KS*	Fra rus/spesialisthelsetjenesten
- Helge Garåsen (kontaktperson), kommuneoverlege Trondheim kommune	- Reidar Hole (kontaktperson), rådgiver Rusbehandling Midt-Norge
- Kari Helene Alstad, sosialtjenesten Steinkjer kommune	- Daniel Haga, seniorrådgiver Helse Midt- Norge
- Kjell Berge, ass. rådmann Stranda kommune	- Paula Haugan, fung. faglig leder, Midt-Norsk kompetansesenter for rusfaget
- Kjell Sæther, driftssjef Frei kommune	- Victor Grønstad, avdelingssjef for voksenpsykiatrien i Helse Sunnmøre
- Tore Fjerdings, enhetsleder helse og rehabilitering Innherred samkommune	

\*Rådmann Nils Kvernmo (Orkanger) var også oppnevnt, men deltok ikke i arbeidet da han ble valgt til styreleder for St. Olavs hospital

Grappa har gjennomført flere møter og i felleskap utarbeidet det foreliggende forslaget.

Forslaget er nå godkjent i Rusbehandling Midt-Norge og oversendes med dette til KS i hvert fylke i Midt-Norge med anmodning om behandling i KS sine organer. Avtalen må imidlertid behandles i hver kommune, og vi håper KS etter sin behandling kan forestå utsendelse til hver enkelt kommune for politisk behandling og undertegnelse. Vi ber om at ett eksemplar av undertegnede avtaler sendes til oss.

Dersom KS mener avtalebehandlingen bør gjøres på en annen måte ber vi om tilbakemelding på dette. Vi imøteser iverksetting av avtalen fra 2007.

Mvh

*Dag Hårstad*  
Dag Hårstad  
Adm.dir

Vedlagt følger: Avtaleforslag med undertegnning fra Rusbehandling Midt-Norge

## **1 Innledning**

Denne samhandlingsavtalen er en avtale mellom Rusbehandling Midt-Norge HF (her kalt rusforetaket) og kommunene i Midt-Norge (her kalt kommunen). Avtalen omhandler ansvar og plikter i forbindelse med inn- og utskrivning av pasienter/brukere til/fra rusforetaket og kommune, samt andre avtalte samarbeidsforhold.

Samarbeidet bygger på tillit og åpenhet mellom likeverdige parter som er gjensidig avhengige av hverandre for å kunne gi et godt tilbud til brukerne/pasientene. Samarbeidet skjer ut i fra en felles forståelse av ansvar og plikter. Et godt samarbeid forutsetter forankring i ledelsen som legger til rette for samhandling og aktivt sørger for at avtalen blir fulgt opp på alle nivåer. Samhandlingsavtalen bygger bl.a. på Pasientrettighetsloven, Kommunchelsetjenesten, Spesialisthelsetjenesteloven, Helsepersonelloven og Sosialtjenesteloven.

Et sentralt mål med gjennomføringen av rusreformen fra 2004 er å sikre bedre og mer tilgjengelige tjenester/behandlingstilbud for mennesker med rusmiddelproblemer. I tillegg har Helse Midt-Norge vedtatt et Regionalt rusprogram for 2005-2010 utarbeidet av arbeidsgrupper hvor også representanter for kommunene har deltatt. Det vises til vedlagte referanseliste (vedlegg 1) som angir sentrale dokumenter knyttet til reformen.

## **2 Avtalepartenes ansvar**

Rusreformen innebærer at primærtjenestene drevet av kommunen har et grunnleggende oppfølgingsansvar for sine innbyggere med rus- og avhengighetsproblematikk, mens spesialisttjenestene drevet av de regionale helseforetakene skal gi behandling/oppfølging i tråd med prioriteringsforskriften. Individuell plan er det sentrale virkemiddel for å koordinere tilbudet for de som ønsker/har behov for dette.

I erkjennelsen av at rusrelaterte problemer er sammensatte og at tjenestene må møtes med både psykologiske, sosiale og medisinske forståelsesmåter, brukes nå begrepet *tværfaglig spesialisert rusbehandling* innenfor spesialisthelsetjenesten. Både på kommunalt nivå og innenfor rusforetaket skal tjenestene som gis være reelt tværfaglige.

## **3 Målsetting**

Samhandlingsavtalen skal sikre et godt og effektivt samarbeid mellom kommunen og rusforetaket slik at mennesker med rusmiddelproblemer får et best mulig tilbud tilpasset sin situasjon.

Dette innebærer blant annet at avtalen skal sikre

- at pasienter/brukere får sosial- og helsetjenester på rett nivå, av god kvalitet og til rett tid
- at pasienter/brukere opplever trygghet, forutsigbarhet og kontinuitet
- klare ansvarsforhold og gode rutiner mellom kommune og helseforetak
- effektiv ressursutnyttelse i kommunen og i rusforetaket

Avtalen regulerer samhandlingen mellom kommune og rusforetaket på overordnet nivå. Det vil med hjemmel i denne avtalen kunne utvikles/godkjennes prosedyrer og rutiner knyttet til aktuelle områder for samhandling eller som har innvirkning på samhandlingen.

## **4 Brukermedvirkning**

Alle brukere/pasienter skal sikres en reell mulighet til å medvirke ved gjennomføringen av aktuelle oppfølgings- og behandlingstiltak. Dette skal bl.a. skje gjennom tilpasset informasjon, drøfting, avklaring av målsettinger og virkemidler i den oppfølgingen og behandlingen som gis. Det er en sentral målsetting å gjøre pasient/bruker til en aktiv og forpliktet part i egen endringsprosess. Pårørende er en viktig ressurs i endringsarbeidet.

I tillegg til brukermedvirkning for den enkelte bruker/pasient, skal det på systemnivå legges til rette for brukermedvirkning på alle nivå, både for brukere og pårørende.

### **4.1 Informert samtykke**

Det skal innhentes skriftlig, informert samtykke fra alle brukere/pasienter når det er aktuelt/ønskelig å samhandle med andre. Den instans som tar initiativ til samarbeid, har ansvar for å innhente samtykke fra pasient/bruker.

### **4.2 Samarbeid med andre parter**

Brukere/pasienter med rusmiddelproblemer har svært ofte behov for andre tjenester enn de som har direkte ansvar for rusmiddelproblematikken i kommunen og rusforetaket. Dette kan være andre oppfølgings- og behandlingstilbud, ulike offentlige instanser, frivillig sektor, familie/pårørende og andre deler av pasientens private nettverk. Både rusforetaket og kommunen har et ansvar for å legge til rette for et godt og fleksibelt samarbeid med aktuelle instanser/personer.

### **4.3 Individuell plan**

Brukere/pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til individuell plan. Kommunen, med mindre pasienten er underlagt psykisk helsevern, har et hovedansvar for å sikre at individuell plan blir utarbeidet og å sikre god koordinering av planarbeidet. Dersom individuell plan ikke foreligger ved henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, vil rusforetaket ta initiativ til at individuell plan blir utarbeidet for aktuelle pasienter.

Koordineringen av planen skal primært være et kommunalt ansvar, og kommunen må sikre nødvendig opplæring av koordinatorene slik at de har nødvendig kompetanse til å utføre oppgaven. Øvrige instanser som deltar skal ha faste kontaktpersoner som kan forplikte seg i oppfølgingen av planen – herunder delta i ansvarsgruppemøter/samarbeidsmøter.

Det er utviklet en elektronisk plattform for individuell plan i Helse Midt-Norge som anbefales utprøvd og brukt. Det vesentlige er at planen tar opp i seg det relevante innholdet (jf forskrift om individuell plan), at den er enkel og overordnet, og at pasienten skal ha et reelt eierskap og medvirkning i forhold til utviklingen av egen plan.

## **5 Inntak**

### **5.1 Øyeblikkelig hjelp, avrusing/abstinensbehandling og tvang**

Plikten til "øyeblikkelig hjelp" følger spesialisthelsetjenestelovens bestemmelser (§ 3-1). Øyeblikkelig hjelp gis ved alle lokalsykehus i helseregionen. Rusforetaket har ansvar for å sikre god intern samhandling i spesialisthelsetjenesten slik at innlagte pasienter med et samtidig behandlingsbehov (rus / psykisk helse / somatikk) får ivare tatt dette.

Avrusing/abstinensbehandling som krever spesialisert oppfølging/behandling er et ansvar for rusforetaket. Inntak kan skje etter ordinær henvisning eller ved direkte kontakt til aktuelle enheter.

Tvangsbehandling ut fra sosialtjenestelovens §§ 6-2, 6-2a og 6-3 kan iverksettes dersom frivillige tiltak ikke har fungert og bruker/pasient utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende rusavhengighet. Rusforetaket har ansvar for at slike behandlingsplasser finnes. Sosialtjenesten kan treffe et midlertidig vedtak om innleggelse dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks. Når sosialtjenesten fremmer vedtak om et så vidt inngripende vedtak som tvangsbehandling er, stilles det særskilte krav til menneskelig og materiell oppfølging fra kommunens side.

## **5.2 Henvisningen fra sosialtjenesten eller fastlege**

De kommunale henvisende instanser til tverrfaglig spesialisert rusbehandling er sosialtjeneste og fastlege. Henvisningene skal inneholde nødvendig informasjon – jf retningslinjer utarbeidet av rusforetaket. Henvisning bør ideelt være en del av en allerede utarbeidet individuell plan eller et eksisterende samarbeid mellom sosialtjenesten, fastlegen og andre aktuelle personer/instanser.

## **5.3 Spesialisthelsetjenestens vurdering**

Vurderingen følger pasientrettighetslovens bestemmelser og prioriteringsforskriften. Da rusbehandling er sammensatt vil det normalt være behov for kontakt med både bruker/pasient og henviser i løpet av vurderingsprosessen. Den skriftlige tilbakemeldingen fra vurderingen skal inneholde relevant og tilstrekkelig informasjon om den vurdering som er gjort – jf retningslinjer utarbeidet av rusforetaket. Ingen pasienter skal oppleve uverdige lange ventetider.

## **5.4 Tiltak i ventetiden**

Når en bruker/pasient står på venteliste, skal henviser og behandlingssenhet sammen med pasient og aktuelle personer/instanser utarbeide en oppfølgingsplan fram til oppstart av behandling.

## **5.5 Planlegging av oppstart i behandlingstilbudet**

Oppstart av behandling skal planlegges godt i samarbeid mellom bruker og/eller pårørende, henviser, behandlingssenhet og andre aktuelle parter. Rusbehandling innebærer ofte langvarige og omfattende endringsprosesser, slik at planleggingen også må ha et langsiktig og helhetlig preg.

# **6 Samhandling under behandlingen**

## **6.1 Plan for samtidig innsats**

Rusbehandling vil oftest kreve samtidige tiltak fra spesialisthelsetjenesten og kommunens tjenestetilbud. Det er særlig viktig å avklare omfanget av den oppfølgingsinnsats som ulike personer/aktører skal bidra med. Forpliktende relasjonell oppfølging over tid er sentralt for å lykkes i en behandlingsprosess, i kombinasjon med nødvendige materielle ressurser. Etablering av ansvarsgrupper, bruk av individuell plan eller andre aktive samhandlingsformer skal benyttes for å realisere dette.

Oppfølgingsansvaret følger den normale ansvarsdelingen mellom kommune og helseforetak. Eksempelvis har kommune ansvar for boligoppfølging, økonomisk oppfølging dersom bruker/pasient er sosialhjelpsmottaker, selv når vedkommende er i behandling i spesialisthelsetjenesten.

## **6.2 Aktivt samarbeid basert på likeverdighet og forpliktende oppfølging**

Når det er avklart hvem som samhandler rundt pasient/bruker og man har funnet en hensiktsmessig form på samarbeidet, er dette å betrakte som et aktivt samarbeid basert på likeverdighet og forpliktende oppfølging.

Det skal alltid være klare avtaler for felles møtepunkter og hvem som er behandlingsansvarlig, hvem som er koordinator, osv. slik at man arbeider ut fra en samlet målsetting for tilbudet, og har avklarte roller og avtalte arbeidsoppgaver for de ulike deltakerne. Bruker/pasient skal sikres god informasjon og reell medvirkning.

## **7 Utskrivning og videre oppfølging/integreringstiltak**

### **7.1 Utskrivning**

Når behandlingen avsluttes i spesialisthelsetjenesten, utskrives pasienten. Utskrivningen skal planlegges og først skje når dette vurderes forsvarlig og i samarbeid med den enkelte pasient/bruker og andre personer/instanser som deltar i et forpliktende oppfølgings- og behandlingsarbeid. Utskrivning skal så langt råd ikke skje uten å sørge for at pasienten får nødvendig oppfølging fra andre instanser i helse- og sosialtjenesten. Dersom sosialtjenesten ikke har deltatt under behandlingen skal sosialtjenesten varsles om utskrivningen på forhånd, når utskrivning bør medføre tiltak fra sosialtjenestens side og pasient/bruker ønsker dette. Ved utskrivning etter innleggelse med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, skal sosialtjenesten alltid varsles.

### **7.2 Oppfølging fra spesialisthelsetjenesten etter utskrivning - integreringsfasen**

Særlig for døgntilbudstiltak av en viss varighet er det vesentlig at spesialisthelsetjenesten i samarbeid med ansvarlige kommunale tjenester også gir oppfølging etter at behandlingen formelt er avsluttet. Dette vil sikre bruker/pasient nødvendig støtte i en viktig overgangsperiode og bidra til å videreføre oppnådde effekter av behandling.

Omfanget av oppfølgingen skal være avklart på generell basis som del av det behandlingstilbudet som gis. Det skal i tillegg for hver enkelt bruker/pasient lages en individuell oppfølgingsplan.

Det er en målsetting at det i regionen utvikles særskilte integreringstiltak. Dette er eksempelvis dag/kveldssentertilbud drevet av eller etter avtale med en/flere kommuner, hvor rusforetaket kan gi driftstilskudd etter nærmere avtale - herunder bistå i oppfølgingsarbeidet og i kompetansehevende tiltak. Rusforetaket skal medvirke til at det blir utviklet integreringstiltak

## **8 Veiledning/kompetansehevende tiltak**

Det er vedvarende behov for å utveksle kompetanse og utvikle gode samarbeidsrelasjoner mellom personell i kommunen og helseforetak. Dette behovet kan møtes på flere måter ved:

- Gjennomføring av samarbeidskonferanser
  - Planlagte møter arrangert for bestemte faggrupper eller med bestemte tema
  - Avtalte samarbeidsprosjekter
  - Veiledning og rådgivning mellom personell, eller
  - Hospiterings- eller besøksordninger for personellgrupper eller enkeltindivider.  
Hospiteringsordninger vil ofte stille krav til gjensidige avtaler for å kunne realiseres.  
Begge parter har i denne sammenheng ansvar for å medvirke.
  - Andre tiltak
- Gjennomføring av aktuelle tiltak er basert på at partene bærer egne kostnader.

## 9 Etablering av samarbeidsråd for å følge opp avtalen

Det opprettes et samarbeidsråd som har ansvar for å følge opp avtalen. Utvalget består av 6 representanter; 3 KS-oppnevnte representanter fra kommunene i hvert fylke og 3 representanter fra rusforetaket. Utvalget har minst to faste møter hvert år og har følgende oppgaver:

1. Følge opp avtalens innhold og bidra til å gjøre avtalen kjent både på administrativt og faglig nivå i kommunen og i rusforetaket/øvrig spesialisthelsetjeneste.
2. Oppnevne kliniske arbeidsgrupper for å lage og bearbeide praktiske retningslinjer som rådet kan behandle og godkjenne.
3. Følge opp uenighet og avvik som ikke er løst mellom tjenesteyterne.

Rådet skal i tillegg:

- Bistå til at det årlig arrangeres en samarbeidskonferanse mellom rusforetaket og kommunene i Midt-Norge. Her skal også brukerrepresentanter inviteres.
- Ta opp og drøfte aktuelle problemstillinger

## 10 Avtalens varighet og partenes informasjonsplikt

Avtalen er 3-årig og trer i kraft 1.1.2007 og varer til 31.12.2009. Avtalen skal evalueres og eventuelt reforhandles innen utløpet av avtaleperioden.

Begge parter kan si opp avtalen med 6 måneders varsel. Det forutsettes også da at den skal evalueres og eventuelt reforhandles.

Avtalepartene har plikt til å informere berørte virksomheter om avtalen og innholdet i denne.

Sted, dato: Shordal 17.10.06

Dag Hørstad  
Rusforetaket

.....  
Kommune

## **Vedlegg 1: Referanser**

Arbeids- og administrasjonsdepartementet (2005) *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008*. Publikasjonsnummer: A-0006

Helsedepartementet (2004). *Strategidokument. Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier*. Publikasjonskode: I-1103 B.

Helse Midt-Norge (2005). *Regionalt rusprogram for Helse Midt-Norge 2005-2010 – handlingsplan*. Vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF 30.11.2005

Helsepersonelloven m/forskrifter (se [www.lovdatabank.no](http://www.lovdatabank.no))

NOU (2004). *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet 11. oktober 2004. NOU 2004:18

Pasientrettighetsloven m/forskrifter (se [www.lovdatabank.no](http://www.lovdatabank.no))

Rundskriv 1-8 (2004). *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Helsedepartementet.

Rusbehandling Midt-Norge (2004a). *Samhandling mellom rusforetaket og kommuner/øvrige spesialisthelsetjenester*. Delrapport I til regionalt rusprogram. Utarbeidet av arbeidsgruppe (desember 2004).

Rusbehandling Midt-Norge (2004b). *Videreutvikling av rusforetakets tjenestetilbud*. Delrapport II til regionalt rusprogram. Utarbeidet av arbeidsgruppe (desember 2004).

Rusbehandling Midt-Norge (2005a). *Prosjekt rapport rus/psykiatriproblematikk: Hvordan sikre god behandling, samhandling og kompetanse i spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge?* September 2005.

Rusbehandling Midt-Norge (2005b). *Kvalitet, dokumentasjon, pasienttilfredshet*. Delrapport II til regionalt rusprogram. Utarbeidet av arbeidsgruppe (oktober 2005).

Sosialdepartementets rundskriv (2004) *Orientering om endringer i sosialtjenesteloven som følge av rusreformen*. U-1/2004.

Sosialtjenesteloven m/forskrifter (se [www.lovdatabank.no](http://www.lovdatabank.no))

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere*.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. IS-1162 Veileder, september 2005.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan*. IS-1362.

Spesialisthelsetjenesteloven m/forskrifter (se [www.lovdatabank.no](http://www.lovdatabank.no))

# SAMHANDLINGSAVTALE MELLOM RUSBEHANDLING MIDT-NORGE HF OG KOMMUNENE I MIDT-NORGE

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Avtalepartenes ansvar</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>Målsetting</b>	<b>2</b>
<b>4</b>	<b>Brukermedvirkning</b>	<b>3</b>
4.1	Informert samtykke	3
4.2	Samarbeid med andre parter	3
4.3	Individuell plan	3
<b>5</b>	<b>Inntak</b>	<b>3</b>
5.1	Øyeblikkelig hjelp, avrusing/abstinensbehandling og tvung	3
5.2	Henvisningen fra sosialtjenesten eller fastlege	4
5.3	Spesialisthelsetjenestens vurdering	4
5.4	Tiltak i ventetiden	4
5.5	Planlegging av oppstart i behandlingstilbudet	4
<b>6</b>	<b>Samhandling under behandlingen</b>	<b>4</b>
6.1	Plan for samtidig innsats	4
6.2	Aktivt samarbeid basert på likeverdighet og forpliktende oppfølging	5
<b>7</b>	<b>Utskrivning og videre oppfølging/integreringstiltak</b>	<b>5</b>
7.1	Utskrivning	5
7.2	Oppfølging fra spesialisthelsetjenesten etter utskrivning - integreringsfasen	5
<b>8</b>	<b>Veiledning/kompetansehevende tiltak</b>	<b>5</b>
<b>9</b>	<b>Etablering av samarbeidsråd for å følge opp avtalen</b>	<b>6</b>
<b>10</b>	<b>Avtalens varighet og partenes informasjonsplikt</b>	<b>6</b>
	<b>Vedlegg 1: Referanser</b>	<b>7</b>