



KOMMUNE



Rus- og psykiatriplanen 2018-2022 gir kommunen svar på utfordringer kommunen har, eller kan komme til å få i planperioden i tillegg til at det skal gis informasjon om kommunens aktivitet og virksomhet innenfor fagfeltene rus og psykisk helse.

HANDLINGSPLAN RUS- OG PSYKISK HELSE

**ASKØY
KOMMUNE**

2018-2022

Hva er viktig for deg?

Vedtatt av kommunestyret 12.04.2018
Sak PS 31/18

Akronymer (forkortelser) som er brukt i dette dokumentet	
Forkortet	Dette er forkortelsen for
AFR	Avdeling for rusmedisin
ALV	Askøy legevakt
BUP	Barne- og ungdomspsykiatrien
DPS	Distriktpsikiatrisk senter
FACT	«Flexible assertive community treatment» (Tjeneste)
HAP	Hasjavvenningsprogram
HEVD	«Hva er viktig for deg?» (Tjeneste)
HF	Helseforetak
HFK	Hordaland fylkeskommune
IP	Individuell plan
IPS	«Individual Placement and Support»
KoRus vest	Kompetansesenter for rus
KS	Kommunestyret
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering
NAPHA	Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid
OT/PPT	Oppfølgingstjenesten/pedagogisk psykologisk tjeneste
PPT	Pedagogisk psykologisk tjeneste
PUT	Psykiatrisk ungdomsteam
RMB	Rådgivere med brukererfaring (Ressursgruppe)
ROP	Sammenfallenheter av rus og psykisk helseutfordringer
RPH	Rus- og psykisk helsetjeneste
TSB	Tverrfaglig spesialisert behandling

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

Innholdsfortegnelse

Akronymer (forkortelser) som er brukt i dette dokumentet	2
Forord.....	5
1. Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn og formål med planarbeidet.	6
1.2 Avgrensning	6
1.3 Folkehelseperspektiv innen rus og psykiatri	6
1.4 Prosess og organisering	7
1.5 Organisering	7
2. Føringer for planarbeidet	8
2.1 Statlige føringer.....	8
Relevante lover og forskrifter	8
2.2 Regionale føringer	8
2.3 Kommunale føringer	8
Andre kommunale føringer	9
3. Utfordringer og muligheter	9
3.1 Rus- og psykisk helsetjeneste.....	9
3.2 Inntak i Rus- og psykisk helsetjeneste	9
3.3 Tjenestebehov og tjenesteutvikling	10
3.3.1 FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment)	10
3.3.2 HEVD-team (Hva er viktig for deg)	12
3.3.3 Kriterier for å bli bruker av HEVD eller FACT	12
3.3.4 Rådgivere med brukererfaring (RMB).....	12
3.3.5 Metoder og tilnærmingmåter i behandling og terapi.....	13
3.3.6 Terapi	13
3.4 Brukerplan kartlegging	17
3.5 Samhandlingsaktører og verktøy i Rus og psykisk helsetjeneste.....	19
3-6 Oppfølging av personer med store og sammensatte behov	22
3.7 Brukermedvirkning og pårørendearbeid.....	23
3.7.1 Brukerundersøkelse.....	23
3.7.2 Erfaringsmedarbeidere	23
3.7.3 Rutiner for oppfølging av pårørende i kommune- og spesialisthelsetjenesten	25
3.8 Legemiddelassistert rehabilitering – LAR	26
3.9 Samhandling.....	26
3.9.1 Akuttberedskap ved psykososiale kriser	26
3.10 Alderspsykiatri.....	27
3.11 Tilbud og tjenester i egen kommune	28

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

3.12 Eksterne samarbeidsparter	32
3.13 Tillitsmodellen og tjenestesign	34
3.13.1 Hva er Tillitsmodellen	34
3.14 Samhandling med frivillige lag og organisasjoner.....	35
3.14.1 Frivillige lag og organisasjoner	35
4. Fremtidsutsikter	36
4.1 Mål for planperioden	37
Hovedmål 1	37
Hovedmål 2.....	40
Hovedmål 3.....	42
Hovedmål 4.....	44
5. Vedlegg	45
5.1 Lovverk, veiledere og rundskriv.....	45
5.2 Samarbeidsavtaler	47
5.2.1 Tjenesteavtale 3 og 5	47
5.2.2. Tjenesteavtale 4 om samhandling om øyeblikkelig hjelp	55
5.2.3.Samhandlingsavtale mellom NAV og Askøy kommune	56
5.2.4 Samhandlingsavtale mellom Røde Kors og RPH	59

Forord

Rus- og psykiatriplanen 2018-2022 skal gi svar på utfordringer kommunen har, eller kan møte på i planperioden. I tillegg skal den gi informasjon om våre aktiviteter og virksomheter innen fagfeltene rus og psykisk helse.

De viktigste områdene planen behandler er nødvendigheten av styrket samordning, samarbeid, tjenesteutvikling, boligbehov og kompetansebehov.

Planen beskriver hvordan tilbudet innen rus og psykisk helse i Askøy har utviklet seg i samsvar med nasjonale føringer. Kommunens tilbud og tjenester er også overensstemmende med statens føringer for god og helhetlig bistand til personer som har utfordringer med psykisk helse eller rus.

Bruker- og pårørendeperspektivet er høyt prioritert innen våre fagfelt. Vi arbeider målbevisst for å få frem brukerens ressurser og for å tilrettelegge aktiviteter med tanke på hva som er viktig for vedkommende.

I arbeidet med planen har RPH også hatt hjelp av personer som har gått til behandling hos oss. De har hatt roller som rådgivere med brukererfaring (RMB). De har bidratt til å utvikle bedre tilbud til pårørende og de har vært følgesvenner for brukerne når de skulle begynne på nye aktiviteter.

For at vi skal kunne yte enda bedre tjenester til målgruppene, er det viktig at kompetansebehovet flagges høyt.

Kommunen må aldri si seg fornøyd med det kompetansenivået man har, men arbeide hele tiden for å stimulere og videreutvikle sine ansatte så vi får trygge og handlekraftige medarbeidere.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og formål med planarbeidet.

- Handlingsplanen for rus- og psykisk helse ble vedtatt på møte i kommunestyret 12. april 2018 i sak PS 31/18.
- Samhandlingsreformen (St. melding nr. 47 (2008-2009)) trekker opp ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Visjonen er «Rett behandling - på rett sted - til rett tid».
- Det skal finnes bedre løsninger på utfordringer knyttet til fragmenterte tjenester, svak forebyggende innsats og ventet demografisk utvikling.
- Reformen vektlegger at kommunene har en sentral rolle til forebygging og tidlig intervensjon i de ulike sykdomsforløpene. Det skal være helhetlige behandlingsforløp mellom kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten.

1.2 Avgrensning

- Handlingsplanen skal følge nasjonale føringer og gi grunnlag for kommunens prioriteringer innen fagfeltene rus og psykiatri. Planen forholder seg til de samme definisjonene som staten har gitt i sine føringer. Tematikken i planen gjenspeiler utviklingen kommunen har på rus- og psykiatrifeltet. Planen tar også for seg utviklingstrekk og behov for utvikling av samhandlingsarenaer for å kunne gi optimale og helhetlige oppfølgingstilbud til brukerne.
- Planen behandler ikke doping som eget tema.
- Det er ikke satt noen øvre aldersgrense for målgruppene, men det vil bli utarbeidet en egen plan for tiltak til barn og unge inntil 18 år.

1.3 Folkehelseperspektiv innen rus og psykiatri

- Folkehelseloven trådte i kraft i 2012. Formålet med loven er å bidra til en samfunnsutvikling som skal fremme folkehelse og utjevne sosiale helseforskjeller.
- Folkehelsearbeidet skal fremme helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold i befolkningen; - og den skal bidra til å forebygge psykisk- og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter iverksetter tiltak og samordner arbeidet på en forsvarlig måte.
- Helsemessig er rusmiddelavhengige en utsatt gruppe. De kan ofte ha kombinerte lidelser med både psykiske og somatiske sykdommer. Å bedre rusmiddelavhengiges helsetilstand er et viktig satsingsområde i våre tjenestetilbud.
- I en del tilfeller opplever psykisk syke at det går flere år før de får hjelp. For enkelte kan psykisk lidelse være en snikende sykdom som gjør seg mer og mer gjeldende etter som tiden går. Denne gruppen lever ofte sosialt isolert. Det er ikke uvanlig at barn vokser opp i familier med psykisk syke foreldre.
- For begge brukergruppene er det viktig med gode kartleggings-, behandlings- og oppfølgingsrutiner.
- Det er viktig for brukerne at de opplever at vi i behandlingsapparatet ser «hele mennesket» og at de får medvirke til å definere hvilken form for hjelp som er best. Blant annet kan det være avgjørende for folks helse og sosiale status å ha et trygt sted å bo.

- For noen vil det være behov for langvarige tjenester, mens det for andre bare er snakk om korte oppfølgingstiltak i en vanskelig og utfordrende fase i livet.

1.4 Prosess og organisering

- Dette dokumentet er en handlingsplan, ikke en kommunedelplan. Derfor er det ikke krav om å følge alle prosesskravene i plan- og bygningsloven.

1.5 Organisering

- I sak nr. 05/3328 besluttet Utvalg for Oppvekst- og levekår (UOL) at handlingsplan om rus- og psykisk helse for barn, unge og voksne skulle samles i ett dokument. I ettertid har det vist seg at det var behov for å dele dette i to separate planer. Derfor besluttet kommunalsjef for levekår at man skulle utvikle to separate planer.
- Ledergruppen i Kommunalavdeling levekår har vært styringsgruppe for denne planen og utviklingsarbeidet har vært administrativt forankret i RPH.
- Arbeidet startet med at det ble arrangert en felles «Kick-on-dag» på Fauskanger barne- og ungdomsskule. Forandringsfabrikk¹en var en av flere motivatorer som var med. Vi hadde også KoRus Vest² inne for å få råd om arbeidet med planen.
- Planarbeidet har også ført til utvidet samarbeid med flere fagavdelinger i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.

¹ Forandringsfabrikken er en nasjonal stiftelse som forandrer hjelpesystemene og skole gjennom samarbeid med barn og unge. Se [Åpne nettsiden til Forandringsfabrikken](#)

² Kompetansesenter rus (KoRus) skal sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse, og gjennom dette bidra til å oppfylle nasjonale mål. Se [Åpne nettsiden til KoRus Vest](#)

2. Føringer for planarbeidet

Det er Stortinget og Regjeringen som har ansvar for politikkutformingen innen rus- og psykisk helsearbeid i kommunene. De siste årene har dette blitt tydeliggjort gjennom reformer, opptrappingsplaner og stortingsmeldinger.

2.1 Statlige føringer

Relevante lover og forskrifter

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (Nav)
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Lov om spesialisthelsetjeneste m. m
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter
- Lov om helsepersonell m. m
- Forskrift om pasient journal
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering
- Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven

2.2 Regionale føringer

- Askøy kommune følger de statlige føringene for utvikling av tilbud og tjenester innen rus og psykisk helse.

2.3 Kommunale føringer

Handlingsplan rus- og psykiatri skal følge opp målsettinger og strategier i Kommuneplanens samfunnsdel 2015-2030 (#Askøy2030). Samfunnsplanen har fem satsingsområder:

- Den helsefremmende øyen
- Den levende øyen
- Den unge øyen
- Den grønne øyen
- Den skapende øyen

Satsingsområdet 'Den helsefremmende øyen' er særlig viktig for innholdet i denne handlingsplanen. Kommuneplanen gir føringer om at det skal ytes gode tjenester, - og at det skal være samhandling mellom fagområdene for å nå målet om gode og helhetlige tjenester til befolkningen.

I 'Kommunedelplan helse og livskvalitet' er helse et eget satsingsområde. Et overordnet mål er at innbyggerne i Askøy skal ha god helse og livskvalitet hele livet. Et godt, helsefremmende og forebyggende arbeid vil dempe etterspørselen etter mer omfattende offentlige tjenester i fremtiden.

'Handlingsplan rus- og psykisk helse 2018-2021' tar for seg mål og strategier fra kommunedelplanen og knytter utvikling av tjenestetilbudene opp mot disse.

Andre kommunale føringer

- Likestillings- og mangfoldspan 2012-2015
- Handlingsplan for kreftomsorg og lindrende behandling 2012-2016
- Sektorplan for kommunehelsetjenesten 2010-2016
- Morgendagens omsorg 2015-2018, temaplan for Helse- og omsorg
- Handlingsplan for integrering av flyktninger 2014-2016
- Boligsosial handlingsplan 2017-2021
- Kommunedelplan Helse- og livskvalitet 2017-2030

3. Utfordringer og muligheter

3.1 Rus- og psykisk helsetjeneste

Avdelingen består av to team, FACT og HEVD³. RPH har som målsetting å ha en recovery-orientert praksis i møtet med mennesker som har rus- og - eller psykiske helseutfordringer. Teamene har felles inntak.

3.2 Inntak i Rus- og psykisk helsetjeneste

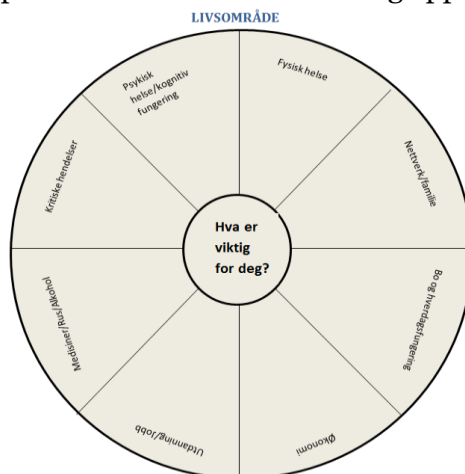
Henvisninger til avdelingen blir behandlet på ukentlige inntaksmøter. Inntaksteamet består av avdelingsleder, fagledere samt kommunepsykolog. Kommunepsykologen har henvisningsrett.

Psykologen gir konsultasjoner til enkeltbrukere og ved behov veileder våre ansatte. Henvisninger kommer fra ulike instanser, men det er også mulig at den enkelte som ønsker hjelp kan ta kontakt selv.

Alle nye brukere får tilbud om en samtale hvor vi i samarbeid kartlegger behovet.

³ FACT = «Flexible assertive community treatment»; HEVD = «Hva er viktig for deg?»

I kartleggingssamtalene arbeider vi med medbestemmelse der brukeren setter opp en behandlingsplan med beskrivelse av mål og oppfølgingstiltak.



3.3 Tjenestebehov og tjenesteutvikling

Rus- og psykisk helsetjeneste i Askøy vil fremstå som et synlig, tydelig, hensiktsmessig og tillitvekkende sted for innbyggerne.

Målsetting for behandling og oppfølging vil variere fra person til person og kan endre seg underveis i forløpet.

3.3.1 FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment)

Sammen med Øyane DPS har RPH søkt om midler til å etablere et FACT-team. Teamet ble operativt våren 2017 og er lagt inn i det etablerte tjenestetilbudet fra RPH. Etableringen av FACT-teamet førte til en stor omorganisering av avdelingen.

I Askøy har vi valgt å organisere FACT-teamet på en annen måte enn i noen andre kommuner. Vi tilbyr et FACT-team som arbeider innen begge fagfelt.

De ansatte i FACT-teamet og i HEVD-teamet skal jobbe både med rusvansker og psykiske vansker. Det er brukerens funksjonsnivå som avgjør hvilket team som skal gi oppfølging.

FACT-teamet er et ekstra tiltak i kommunens handlingskjede og gir oss muligheter til å gi enda bedre og mer helhetlig oppfølging. Teamet vil i større grad kunne innfri råd fra ROP-retningslinjene og gi brukerne mer fleksible, tilgjengelige og individuelle tjenester.

FACT-teamet er sammensatt tverrfaglig med en allmennlege i 20 % stilling, en fagleder, spesialsykepleiere, sykepleiere, vernepleiere, en sosionom, en ergoterapeut og en erfaringskonsulent i 50 % stilling. Teamet skal også bemannes med en psykiater, i samarbeid med Øyane DPS.

FACT-teamet skal følge med på sykdoms- og symptomutvikling, gi veiledning og praktisk bistand i hverdagen, arbeide med rehabilitering, og støtte brukerens bedringsprosess. FACT-teamet jobber på to nivåer der for eksempel brukere i akutte kriser får ambulant oppfølging, andre brukere får ordinær oppfølging. Teamet har i underkant av 100 brukere, der ca. 20 % til enhver tid får ekstra oppfølging.

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

FACT-team

FACT er en modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Modellen har vist gode resultater, også i Norge. FACT er en tilpasning av ACT-modellen. (Sitat: Helsedirektoratet.no)

Lavterskel

RPH har liten, eller ingen ventetid for inntak av nye brukere.
Bruker kan selv henvende seg til tjenesten uten henvisning fra lege eller andre.
Bruker uten betalingsevne kan også oppsøke tjenesten.
FACT kan foreslå betryggende tiltak, samt være «los» videre i systemet.
FACT har høy grad av brukermedvirkning. Sammen med brukeren settes det opp en behandlingsplan med mål og tiltak.
Pårørende kan også henvende seg direkte til avdelingen

3.3.2 HEVD-team (Hva er viktig for deg)

HEVD skal gi lett tilgjengelig og virksom hjelp til personer med milde og kortvarige rus og psykiske problemer/lidelser - og til personer med kortvarige alvorlige problemer/lidelser og mildere langvarige problemer/lidelser

HEVD skal være med å fremme personlig vekst, selvstendighet og god mestring av dagliglivet for personer med rus og psykiske lidelser.

3.3.3 Kriterier for å bli bruker av HEVD eller FACT

Henvendelse til tjenesten skjer via søknad eller henvendelse fra lege, NAV eller andre instanser.

Brukeren kan også hevende seg til tjenesten og søke selv.

Tjenesten tildeles til personer over 18 år og som bor i Askøy kommune

3.3.4 Rådgivere med brukererfaring (RMB)

RPH har startet et samarbeid med fire personer som i perioder har vært brukere av våre tjenester. Det de har felles er at de har god kunnskap om de ulike tjenestene vi gir. Vi har gitt dem betegnelsen: Rådgivere med brukererfaring.

Å være rådgiver er et frivillig verv. De er ikke ansatt i avdelingen og de må ha vært brukere av RPH for å kunne ha vervet.

Formålet er at de skal komme med innspill til hvordan RPH skal utvikles videre til beste for nåværende og fremtidige brukere. I tillegg til rådgiverne vil resultatene av brukerundersøkelser og brukeravstemminger være rådgivende. Våre tilbud kan derfor variere fra ett semester til et annet, ut fra innrapporterte mangler og behov.

HEVD: Pasientforløpet er delt inn i to hoveddeler

Forløp 1: Milde og kortvarige problemer eller lidelser

Dette pasientforløpet omfatter rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer som antas å være milde og kortvarige som

- ny oppstått angst eller depresjon av mild og moderat grad
- selvskadning uten samtidig personlighetsforstyrrelse
- bruk av illegale rusmidler uten klar funksjonssvikt
- høyt alkoholkonsum som skaper problemer uten å oppfylle krav til skadelig bruk.

Forløp 2: Kortvarige alvorlige problemer eller lidelser og ved langvarige mildere lidelser

Dette pasientforløpet har milde langvarige problemer eller lidelser eller kortvarige problemer eller lidelser av alvorlig karakter som

- akutte psykoser med god prognose
- tidsbegrenset skadelig bruk av alkohol
- illegale rusmidler uten avhengighet
- langvarige mildere depresjoner eller angstlidelser
- mindre alvorlige personlighetsforstyrrelser eller spiseforstyrrelser vurdert etter symptomer og funksjon i samråd med spesialisthelsetjenesten
- skadelig bruk av alkohol uten markert funksjonstap og tilbakevendende depressive episoder.
- ved kortvarige, alvorlige problemer og når mildere problemer varer over lengre tid må spesialisthelsetjenesten kontaktes for å bidra til diagnostikken.

Kortvarig oppfølging: 3 - 6 mnd.

Langtids oppfølging: fra 6 mnd.

3.3.5 Metoder og tilnærmingsmåter i behandling og terapi

Rus og psykisk helsetjeneste har et variert aktivitetstilbud. Vi tilbyr aktiviteter i en sjø- og friluftsgruppe, forskjellige temakurs, opplæring i ulike fag, individuelle samtaler og i grupper med kunstterapi eller uttrykksterapi.

3.3.6 Terapi

Det handler om å etablere kontakt og bygge tillit. Terapeut og bruker skal ikke bare utfylle hverandre, men også styrke hverandre

I tillegg til individuelle samtaler og aktivitetstilbud har Rus og psykisk helsetjeneste ulike terapigrupper. Målsetting for behandling og oppfølging vil variere fra person til person, og kan endres underveis i forløpet. Metoder og tilnærmingsmåter som tilbys i behandling og oppfølging bør være kunnskapsbaserte.

For eksempel i «Kunst- og uttrykksterapi» som har en faglig forankring i utviklingspsykologi og fenomenologi. Dette er en form der brukeren og terapeutene møter hverandre med åpenhet, undring og oppriktig nysgjerrighet uten at terapeuten skal tolke. Psykoedukasjon står også sentralt i slike møter.

Den enkeltes ressurser står sentralt og man er opptatt av å gi dem optimale vekstvilkår. Selvfølelse og sosial mestring er også sentrale områder vi arbeider med.

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

Recovery

Dette er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og / eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av mening og innsikt i eget liv». (Sitat: Anthony 1993, oversatt av Solfrid Vatne).

Dette vil i hovedsak si at i oppfølgingen tilstreber man seg til å legge vekt på ressurser, ferdigheter og ønsker om endring, samt å se brukeren i et frisklivsperspektiv.

Recovery er ikke en spesiell behandling, metode eller modell. Det kan foregå med eller uten hjelp av profesjonelle. Der tjenesteyting inngår, handler det om at vi må arbeide på en måte som gjør at vi fremmer brukerens egen mestring.

Ved kartlegging av den enkeltes behov så har vi fokus på de recovery-orienterte ressursområdene

LAR (Legemiddelassistert rehabilitering).

Dette er en behandlingsform hvor pasienter med langvarig opiatmisbruk tilbys langtidsvirkende opioid metadon (Metadon®), buprenorfin (Subutex®) eller buprenorfin + naloxon (Subuxone®) som del av behandlings- og rehabiliteringstiltak.

Avdeling for rus og psykisk helse, FACT- team, i samarbeid med Avdeling for rusmedisin ved Helse Bergen (AFR) har ansvar for bestilling, istandgjøring og utdeling av LAR-medikamenter for oss. Utdelingslokaler er i legevakten sine lokaler på dagtid.

Terapi kan defineres som planlagt forandringsarbeid etter anerkjent teori og metode.
«Metodevalget bør vurderes opp mot og tilpasses den enkeltes ønsker, behov og situasjon.»
(Veileder IS-2076 Sammen om mestring)

Fenomenologi er å studere mennesket utfra dets væremåte og subjektive virkelighets-oppfatning. Utviklingspsykologi er et psykologisk forskningsområde som studerer hvordan endringer i atferd og egenskaper kan relateres til alder, fra unnfangelse til død.

Psykoedukasjon er å lære brukerne mest mulig om sin egen sykdom, noe som skal gjøre dem godt rustet til å ta kontroll over lidelsen sin.



Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

3.3.6.1 Avdelingens aktiviteter, undervisning og terapigrupper (evalueres halvårlig)

Aktivitet eller undervisning	Målgrupper	Formål
Livsmestringsgruppe	Brukere som ønsker endring i egen hverdag og hjelp til å komme i gang med fysisk aktivitet og / eller har behov for sosial kontakt.	Gruppen møtes ukentlig vår og høst, 10 ganger à 3 timer på treningssenteret Sprek og Blid i Strusshamn.
		Komme i gang med regelmessig fysisk aktivitet som gir helsegevinst både fysisk og psykisk. Dette kan også være første steg mot arbeidslivet.
		Endre livsførsel med hjelp av terapiformen psykoedukasjon for personer som har angst eller mangler motivasjon til fysisk aktivitet.
Sjø- og friluftsgruppe	Personer som ønsker endringer i egen hverdag og hjelp til å komme i gang med fysisk aktivitet og / eller har behov for sosial kontakt.	Gi opplevelser, mosjon, bryte isolasjon, sosial eksponering, økt velvære og mestring.
Svømming i Askøy Terapibad	Personer som ønsker endring i egen hverdag og hjelp til å komme i gang med fysisk aktivitet.	Å komme i gang med regelmessig fysisk aktivitet. Dette gir helsegevinst både fysisk og psykisk.
Sy- og designgruppe	Arbeider med resursene hos hver enkelt person.	Å komme i aktivitet og forholde seg til regelmessige avtaler kan være det første steget i tilbakeføring til arbeidslivet.
Kul'an-gruppe	Personer som har behov for å lære avspenning og pust.	Å lære om avspenningsteknikker og om å puste «riktig».
Middagstilbud	Personer som har bruk for kostholdsveiledning, sosialt samvær og hjelp til å bryte ut av isolasjon. Forbeholdt personer i FACT-oppfølging.	Å vektlegge sunt kosthold, sosialt samvær og sosial eksponering.
Selvfølelseskurs	Personer som har behov for å styrke selvfølelsen.	Å gi deltakerne noen «verktøy» de kan jobbe med for å øke selvfølelsen. Egeninnsats er viktig for å kunne ha godt utbytte av kurset.

Aktivitet eller undervisning	Målgrupper	Formål
Fri malegruppe	For personer som tidligere har deltatt i terapigrupper og som er klar til å gå videre i livet	At deltakerne skal få bruke sine kreative ressurser, få økt selvfølelse og oppleve sosial mestring er sentrale områder her.
Kreativ uttrykksterapi	Personer som har psykiske plager eller som opplever at livet har stoppet opp. De som ønsker å få bedre livskvalitet og komme tilbake i arbeid og aktivitet igjen.	Å arbeide med ulike kreative uttrykk, avhengig av hva gruppen og den enkelte deltaker har behov for. Eksempler er: pust, avspenning, maling, tegning med kullstift, skulptering, musikk, skriving og enkle lytte- og dramaøvelser.
		Det vil bli lagt vekt på å vekke den enkeltes sanser og kreative ressurser til live igjen slik at brukeren kommer i "førersetet" i eget liv og kan gjøre gode valg.
Maleterapigruppe	Mennesker som har psykiske plager og som opplever at livet har stoppet opp. De må ønske å få bedre livskvalitet og komme tilbake i arbeid eller aktivitet igjen.	Ved semesterstart får deltakerne utlevert et lerret og en notatbok. Dette skal de ha med seg gjennom hele semesteret. De skal male etter en teknikk som heter: «Lag på lag»; ett lag for hver sesjon. I notatboken skal deltakeren skrive inn sine tanker etter hver sesjon og lag som er malt på lerretet.
		I slutten av hver sesjon skal deltakerne samtale om -, eller gi andre reaksjoner på dagens lag med maling.

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

3.4 Brukerplan kartlegging

Fra 2012 har avdelingen benyttet «Brukerplan» til å kartlegge og dokumentere omfang og karakter av rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer blant tjenestens brukere.

Til og med 2016 ble kartleggingen gjort i samarbeid mellom NAV, Boliger psykisk helse og RPH, men fra 2017 er kartleggingen kun gjort av RPH. Sammenligning med tidligere års kartlegginger er derfor ikke relevant.

Brukerplankartleggingen blir gjennomført flere ganger for året. Resultatet gir et «øyeblikksbilde» av situasjonen. I løpet av et år vil antall deltakere i brukergruppen variere og kartleggingen gir oss kunnskap om hvilke områder vi skal konsentrere oss om fremover.

Alder og kjønn i rapporten

I 'ROP og Rus' er det en overvekt av menn i aldersgruppen 30-59 år, mens kvinner i samme alderssegment for det meste har psykiske problemer.

Antall unge som er kartlagt er forholdsvis lavt.

Det er flere unge med psykiske problemer i aldersgruppen 18-23 år enn i 'ROP og Rus'.

Arbeidserfaring

I begge gruppene har ca. halvparten av de kartlagte mindre enn 12 måneders yrkeserfaring.

Bolig

Tjenesten har ikke kartlagt noen bostedsløse i 2017.

Bor sammen med barn under 18 år

I 'ROP og Rus' er det 6,5 % som bor sammen med barn under 18 år. Disse personene er alle i oppfølgingstiltak.

I gruppen psykiske problemer er denne andelen 29,4 %. Disse brukerne får ekstra oppfølging.

Rødt lys

Arbeid og aktivitet er høyeste variabel på levekårsområder i begge faagfelt.

Rusmiddel

Alkohol og sentralstimulerende rusmidler er områdene med høyest score i kartleggingen.

Psykisk helse

Brukergruppen innen begge områder gir overvekt gul alvorlighetsgrad, men det kartlegges også røde brukere.

Vold og trusler

I gruppen psykiske problemer er der kartlagte flest personer som har blitt utsatt for vold og trusler. I gruppen ROP og Rus er det en hovedvekt av brukere som utsetter andre for vold og trusler, eller som er utsatt selv og av den grunn utsetter andre for vold og trusler.

Arbeid og elev

Gruppen «Psykisk problem» har overvekt av brukere i kommunale- eller avdelingens egne tiltak. Vi har svært få kartlagte brukere som er i kontakt med 3.sektor . De samme funn gjøres innen ROP og rus.

Planer

Få av de kartlagte ønsker IP på tross av at tilbudet gis. De fleste velger kontaktperson og behandlingsplan.

Noen resultater fra brukerkartleggingen i 2017

I 2017 kartla tjenesten 102 personer med rusproblemer.

Tallet gir en indikator på rusproblematikken for Askøy kommunes innbyggere over 18 år.

Definisjon av rusmiddelproblem: «Bruk av rusmidler som er til skade for personens funksjonsnivå og relasjoner til andre»

Antall innbyggere over 16 år i Askøy: 21 489

Antall brukere som er kartlagt: 220

Antall 'ROP og Rus': 84

Antall psykisk problem: 13

Tjenestens tiltaksplan bygger på funn og utfordringsområder som har kommet frem i Brukerplan-kartleggingen.



3.5 Samhandlingsaktører og verktøy i Rus og psykisk helsetjeneste

Samhandlingsaktører og verktøy	Formål og oppgaver	Utfordringer
Samhandling med saksbehandlere i Individ- og levekår	Avklare henvendelser, behov for samhandling med andre aktører og avklare rettigheter og vedtak.	
E-link (Elektronisk meldingsutveksling)	Bedre kommunikasjon mellom Spesialisthelsetjenesten og kommunen når det gjelder helhetlige brukerforløp.	Spesialisthelsetjenesten bør bli bedre til å bruke verktøyet.
	E-link brukes også internt mellom fagavdelingene og i kontakt med fastleger.	
IPLOS-kartlegging	Helseregister som er lovpålagt. Registreringen skal kartlegge ressurser og bistandsbehov hos brukerne. Systemet er statens virkemiddel for å følge utviklingen av helse- og omsorgstjenester i kommunene.	
Infodoc	Hovedjournalssystem og kommunikasjonsmiddel i alle brukersaker.	Ivaretar ikke NOARK 5 arkivstandard når det gjelder elektronisk avlevering til Interkommunalt arkiv.
Gerica	Kommunens kommunikasjons-verktøy mot E-link, IPLOS og vedtaksskriving.	Verktøyet er ikke tilrettelagt til avdelingens behov. Verktøyet kommuniserer ikke med Infodoc. Ivaretar heller ikke NOARK 5 arkivstandard for elektronisk avlevering til Interkommunalt arkiv.
SAMPRO	Elektronisk system som kommunen benytter til å sette opp individuelle planer (IP).	Ikke alle samarbeidsinstanser benytter systemet.

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

Samhandlingsaktører og verktøy	Formål og oppgaver	Utfordringer
Brukerundersøkelser	Verktøy til å innhente relevante signaler om tjenestens kvalitet, samt et middel som styrker brukermedvirkningen.	
Klient- og resultatstyrt praksis (KOR)	En metode som hjelper fagpersonen med å dokumentere samarbeidet og relasjonen med brukeren, samtidig som det gir brukeren mulighet til å si fra hva som fungerer godt og hva som ikke fungerer bra nok.	
Individuell plan (IP)	Verktøy for personer som har behov for langvarige, koordinerte tjenester hvor to eller flere instanser er med. Det er lovpålagt å tilby brukeren IP. Planen omfatter alle tjenester som deltar i behandlingsforløpet.	Ikke alle brukere ønsker IP og ikke alle samarbeidspartnerne benytter SAMPRO. Dette gjør at kommunikasjonen mellom dem kan være vanskelig.
Kriseplan	Verktøy som benyttes for å forebygge kriser, innleggelse eller tilbakefall av rus- og psykisk sykdom. Skal hindre unødig bruk av tvang.	Rutinen er ikke innarbeidet i alle tjenester
Behandlingsplan	Verktøy for å organisere og lede brukerens behandlingsforløp - utarbeides sammen med brukeren. Behovs- og målbasert for vår avdeling.	Rutinen er ny og ikke helt innarbeidet i avdelingen.
Koordinator	Koordinatoren er kontaktperson mellom brukeren og tjenesteleverandør.	
Ansvarsgruppe	Ansvarsgruppen skal sikre tverrfaglig samarbeid, koordinerte tjenester for brukeren og en tydeliggjøring av roller og ansvar.	Det forekommer at viktige aktører i gruppen uteblir, noe som forsinker prosessen.
Koordinerende enhet (KE)	KE skal sikre helhetlige tilbud til brukerne som har behov for sosial -, psykososial - eller medisinsk rehabilitering.	

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

Samhandlingsaktører og verktøy	Formål og oppgaver	Utfordringer
Rådgivere med brukererfaring (RMB)	Rådgiverne er samhandlings-aktører som skal sørge for at brukernes stemme blir hørt i kommunens arbeid med rus- og psykisk helse både på individ- og systemnivå.	Ikke alltid like lett å finne relevante kandidater

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

3-6 Oppfølging av personer med store og sammensatte behov

RPH har tatt utgangspunkt i Helsedirektoratets veileder når det gjelder tilrettelegging av tjenester.

Vi tydeliggjør allerede i kartleggingen at det er brukeren selv som er den beste til å si noe om hvilken hjelp vedkommende har behov for.

<i>Nettsteder der pårørende kan finne viktig informasjon</i>
Pårørendeprogrammet
Pårørendesenteret
I tillegg har Helsedirektoratet utarbeidet en pårørendeveileder som finnes på Helsedirektoratets retningslinjer og pårørendeveileder
<i>«Følgesvenn»</i>
RPH har fire 'rådgivere med brukererfaring'. Rådgiverne har egne møter og faste møter med ansatte i RPH.
De har på eget initiativ utviklet et konsept «Følgesvenn». Konseptet skal bidra til en god overgang fra RPH til lag og organisasjoner.
RPH bruker også disse rådgiverne med brukererfaring til utviklingsarbeid i avdelingen.

3.7 Brukermedvirkning og pårørendearbeid

Kommunen legger vekt på at brukerstemmen skal frem. Dette gjør at vi samarbeider bredt, men vi passer alltid på å innhente brukernes samtykke.

Kommunen har etablert prosjekt 'Tillitsmodellen', en tillits- og dialogbasert modell som skal erstatte strenge tids- og vedtaksstyrte tjenester. Prosjektgruppens mandat er å se nærmere på brukerflyt, brukermedvirkning og samhandling mellom de ulike tjenestene.

RPH er med i KS sitt forbedringsnettverk og har startet arbeidet med å videreutvikle tilbudet om brukermedvirkning i bruker- og pårørendeperspektivet.

Pasient- og brukerrettighetsloven har styrket brukernes og pårørendes rettigheter når det gjelder å bestemme i eget liv. Kommunen har ansvar for å ta dem med på råd for å finne best mulige løsninger for den enkelte.

3.7.1 Brukerundersøkelse

Våren 2017 gjennomførte RPH en brukerundersøkelse via «Bedre kommune»-konseptet. Formålet var å få frem relevante styringssignaler om tjenestenes kvalitet sammenlignet med resultatene fra andre kommuner («resten av landet»). Undersøkelsen var et tiltak for å styrke brukermedvirkningen og vi fikk god respons på undersøkelsen, svarprosenten ble på hele 78 %.

Områdene som ble behandlet i undersøkelsen var

- Tilgjengelighet
- Informasjon
- personalets kompetanse
- samarbeid med andre tjenester
- brukermedvirkning
- respektfull behandling
- resultat for brukeren
- helhetsvurdering

3.7.2 Erfaringsmedarbeidere

I forskningslitteratur er det beskrevet som en forutsetning for gode recoveryorienterte helsetjenester at man har kolleger med erfaring innen psykisk helse og rus. RPH har ansatt flere medarbeidere som har brukererfaring.

Pårørende

Det skal ikke opprettes egen journal for pårørende uten at vedkommende er definert som pasient. Det skal ikke kreves egenbetaling dersom pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver har behov for opplæring eller veiledning. Kommunen skal fatte vedtak om slike tjenester til pårørende.

(Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten IS-2587 29)

Helsetjenesten har en generell veiledningsplikt. Dette betyr at pårørende som henvender seg til Helsetjenesten skal få generell informasjon

Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker. (Helsepersonelloven § 22)

«Barn som pårørende» brukes synonymt med «mindreårige barn som pårørende», det vil si barn under 18 år av pasient med psykisk lidelse, rusmiddelavhengighet, alvorlig somatisk sykdom eller skade. Begrepet skal forstås uavhengig av formalisert omsorgssituasjon. Barn som pårørende omfatter pasientens egne barn, stebarn og fosterbarn.

Funn i brukerundersøkelsen

Resultatene for Askøy kommune er på nivå med gjennomsnittet av kommunene.

Stor brukertilfredshet

- * Mellom 30 og 40 % av brukerne synes det er lett å finne informasjon om tjenesten
- * 56 % mener tjenesten de får ikke eller bare delvis bidrar til at de mestrer bedre sosial kontakt med andre
- * 59 % sier at familien står dem nærmest, mens 17 % regner venner som nærmeste pårørende
- * 72 % mener deres psykiske og fysiske helsetilstand har bedret seg etter kontakt med RPH

Sosiale medier og nettverksmøter

- * RPH har en egen Facebookside. [Vi har kalt den: Aktivitetssenteret](#)
- * Siden brukes til å legge ut gladmeldinger og beskjeder som er viktig å få ut til brukerne og deres pårørende.
- * Nettverksmøter skal utløse ressurser til støtte og problemløsning via brukermedvirkning og mobilisering av brukerens sosiale nettverk. Prinsippene i et nettverksmøte er
- * åpen dialog
- * likeverdig kompetanse
- * at fagpersonen ikke har en belærende holdning

3.7.3 Rutiner for oppfølging av pårørende i kommune- og spesialisthelsetjenesten

	Fagavdeling rus- og psykisk helse (RPH)	Øyane DPS (distriktspyskiatriske senter)		Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFR)
		Rehabiliteringsklinikk	Seksjon «Allmenn dogn»	
Oppfølging pårørende	RPH i Askøy kommune har som mål å synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende bedre samspillet mellom spesialisthelsetjenesten, kommunen, brukeren og deres nærmeste kartlegge brukernes forhold til pårørende og nettverk bruke nettverksmøter som metode i pårørendearbeid Avdelingen tilbyr samtaler, workshops og ulike andre typer arrangement.	Ingen fast rutine, men har tilbud om en familiesamtale hvis de pårørende ønsker veiledning. Brukeren må gi sitt samtykke til kontakt med familien.	Ingen fast rutine, men det er innarbeidet praksis å foreslå pårørendesamtale for brukeren i forbindelse med innleggelsen. Pårørende kan også selv ta kontakt med avdelingen. En eventuell kontakt vil bli avklart med brukeren.	I AFR blir pårørende tatt med som ressurs i behandlingen, for eksempel i nettverksmøter. De vil kunne få veiledning avhengig av problemstilling. Hvis brukerne samtykker til det, vil de også få tilbud om familie- og parterapeutiske tjenester.
Barn som pårørende	I kartleggingssamtalen avklares det om brukeren har barn, forsørgeransvar og samvær. Ut fra kartleggingssamtalen vil det også bli bestemt hvilke tiltak som skal iverksettes. RPH samarbeider med andre avdelinger i kommunen om dette.	Det er sjelden at barnas situasjon og hjelpebehov ikke er kartlagt når vi får nye brukere. «Skjema barn» fylles ut av pårørende, dersom dette ikke allerede er gjort. Der hvor det er langvarig kontakt inviteres gjerne barn med jevne mellomrom.	Miljøpersonalet kartlegger om det er barn som er pårørende. Dette skjer gjerne i løpet av tredje samtale. Tilbud til brukeren om barnesamtale er tema.	Hver seksjon i AFR har pekt ut en medarbeider som er «barneansvarlig». Alle brukerne blir kartlagt når det gjelder barn. Det vil forekomme noen forskjeller i de individuelle tilbudene hos AFR.

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

3.8 Legemiddelassistert rehabilitering – LAR

LAR medisিনutdeling startet i lokalene til Askøy legevakt på dagtid i 2013. Det ble opprettet en samarbeidsavtale mellom Askøy kommune og AFR - Helse Bergen om økonomisk kompensasjon for utdeling av legemidlene. LAR i Askøy kommune har for tiden ca. 40 brukere der 20 - 22 får utdelt legemiddelet på legevakten. De øvrige får utlevert medikamentet på et apotek eller fastlegekontor.

Hver uke er en spesialrådgiver fra AFR til stede på utdelingsstedet for å ivareta oppfølging og samarbeid rundt brukerne. Legevakten har ikke status som poliklinikk og det betyr at AFR ikke får refusjon fra staten for sine utgifter på samme måte som for LAR-senteret de overtok fra Bergen kommune. Dette fører til at vi må sende våre brukere til Bergen når det gjelder legesamtaler og psykologoppfølging.

Fra 1. januar 2017 hadde kommunen plikt til å gi brukere med rus og -, eller psykiske helseutfordringer tilbud om øyeblikkelig hjelp (ØH). Det ble besluttet å ta ØH inn som en ny tjeneste i allerede eksisterende tilbud i kommunen. Pr. oktober 2017 var det rundt 40 brukere (128 liggedøgn) med rus- / psykiske helseutfordringer som har vært øyeblikkelig innlagt. Ikke alle disse er i kontakt med RPH.

Samarbeidet mellom avdelingen og de øvrige kommunale tjenestene har fungert godt. Spesielt kommunens FACT-team er raskt inne i bildet når det gjelder brukerne som de har ansvar for.

3.9 Samhandling

3.9.1 Akuttberedskap ved psykososiale kriser

Askøy kommune har en egen vaktordning for akutt beredskap. Vaktordningen er organisert av RPH og går på omgang mellom fem ansatte. Disse har en ukes døgnvakt hver 5. uke. Dette kommer i tillegg til ordinært arbeid.

Det er Askøy legevakt (ALV) som i de aller fleste tilfellene kaller ut vaktordningen på oppdrag, men i noen saker kan oppdragene også komme fra prestekontoret eller politiet.

I samråd med kommuneoverlegen skal ALV vurdere om det er behov for å sette Kommunal kriseledelse (KKL).

Det er opprettet en ekstra nattsykepleierstilling ved ALV. Kommer det inn akuttsaker i perioden mellom kl. 22:00 og 08:00, vil denne sykepleieren være i oppdraget sammen med ansatte fra vaktordningen.

Hvis barn eller unge er med i en sak, skal det vurderes om Helsesøstertjenesten eller andre spesialtjenester også må kalles inn.

Når det gjelder voldtekter har kommunen inngått samarbeid med Bergen legevakt. Dette for å sikre at undersøkelser og prøver har den standarden som trengs til eventuelle straffesaker. Samarbeidet fungerer slik at Livskrisehjelpen kontakter Vaktordningen hvis en person ønsker oppfølging fra kommunen etter akuttfasen.

Vaktordningen kalles som oftest ut ved brå og uventet død, krybbedød, voldtekter og selvmord. I de fleste sakene er hjelpepersonellet inne en kort periode, men det kan også være saker hvor

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

behovet for oppfølging er av mer langvarig karakter. Ser vi at noen personer havner i fastlåste sorgreaksjoner kan vi henvise dem videre til Senter for krisepsykologi eller andre.

Alle ansatte i Vaktordningen har deltatt på Kriseteamskolen ved RVTS Vest. Ansatte i ordningen har også deltatt på kompetansekurs om hvordan de skal forholde seg til etterlatte etter rusrelatert død; eller barn som pårørende etter selvmord eller lignende hendelser.

Leder av Vaktordningen deltar på kriselederskolen som RVTS og Fylkesmannen arrangerer. Ansatte har også deltatt på kurs hos Landsforeningen Leve. Denne utdannelsen har avgjørende betydning for oppfølgingsarbeidet som vår kommune tilbyr.

Alle hendelser der hjelpeapparatet har vært involvert blir evaluert sammen med legevakten. Målet med gjennomgangen er å sikre at rutiner og retningslinjer for oppfølging er fulgt. Finner man avvik må det settes inn nødvendige tiltak for å rette dette opp.

3.10 Alderspsykiatri

Alderspsykiatri er en spesialisert form som har som mål å forebygge, diagnostisere og behandle psykiske lidelser hos eldre over 65 år.

Faget utviklet seg først innenfor geriatrien, men har nå blitt et eget selvstendig fagområde. Rutinen er at man arbeider med kortere utrednings- og behandlingsopphold; samtidig har den ambulante virksomheten og samarbeidet med kommunal helsetjeneste økt betraktelig.

Kompetanseheving gjennom forskning, undervisning, rådgivning og veiledning er en integrert del av alderspsykiatriens utvikling videre. De vanligste behandlingsformene er som innen andre psykiatriske fagområder samtaleterapi og psykoterapi, medikamentell behandling, psykoedukasjon, miljøterapi, samarbeid og rådgivning til pasient, pårørende og annet hjelpeapparat.

Kommunale samhandlingsaktører

Kommunene har ansvar for å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen, inkludert personer med rus- og psykiske lidelser.

Kommunene har også ansvar for å henvise de som trenger det til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Kommunen skal følge opp brukerne før -, under og etter opphold i institusjoner. Dette gjelder alle pasienter innen rus og psykisk helse.

Kommunene har også hjemmel til å begjære bruk av tvang ovenfor mennesker med et omfattende og vedvarende rusmisbruk. Det er Fylkesnemnda som har myndighet til å gjennomføre vedtak om bruk av tvang.

Nyttige nettsider om alderspsykiatri:

[Aldring og Helse](#)

[Helsebiblioteket](#)

[NAPAH om alderspsykiatri](#)

3.11 Tilbud og tjenester i egen kommune

Askøy kommune har et godt utviklet tjenestetilbud. Mange fagavdelinger samarbeider mot et felles mål om at brukerne skal få et adekvat og kvalitetsmessig godt tjenestetilbud.

Aktør	Målgruppe	Oppgave
Rus- og psykisk helsetjeneste i Askøy	Personer over 18 år som bor i kommunen og som har rus- og -, eller psykiske helseproblemer.	Oppfølging og innsøking til behandling i spesialisthelsetjenesten, oppfølging, behandling og motivering. Samhandling med andre. (Eksempel: Nav, fastleger, utdanningsinstitusjoner, arbeidsgivere, fengsel)
		Ansvar for LAR-utdeling.
		Plikt til å vurdere tvang etter kapittel 10 i helse- og omsorgstjenesteloven.
NAV	Personer over 18 år som er bosatt i Askøy.	Råd og veiledning, inntektssikring, midlertidig bolig, arbeidstiltak.
Helsestasjon og jordmødre	Foreldre, barn og unge, gravide og nyfødte.	Forebyggende tiltak. Prosjekt "Trygg start".
Ungdomshelsetjenesten	Ungdom, 18 år og eldre	Foreldreveiledning, prosjekt "Aktiv fritid med bistand", Hasjavvenningsprogrammet, oppsøkende virksomhet
Fastlegene	Hele befolkningen.	Medisinsk oppfølging, henvising til videre behandling om det er nødvendig. Veiledning og avklaring om brukerforløp og deltaking i ansvarsgrupper.
Psykologtjenesten	Ungdom og voksne med psykiske helseutfordringer	Kartlegge, vurdere, behandle, veilede og henvise til andre instanser for oppfølging.
Legevakt	Hele befolkningen.	Akutt medisinsk hjelp, diagnostisere, stabilisere og behandle.

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

Aktør	Målgruppe	Oppgave
Aktør	Målgruppe	Oppgave
Barnevernet	Familier som har barn opp til 18 år som er i risikosonen for rus- og -, eller psykiske problemer.	Kartlegge, vurdere, iverksette støtte- og omsorgstiltak; innsøking til behandling eller på institusjon. Veiledning av foreldre. Overgang fra ungdoms- til voksentjenestene.
Helse og omsorg	Hele befolkningen.	Hjemmetjenester og hjemmesykepleie; omsorgsboliger, korttidsopphold, øyeblikkelig-hjelp-senger, sykehjemsplasser og kreftprosjektet
Avdeling for boligforvaltning	Personer som av ulike årsaker er vanskeligstilte på boligmarkedet.	Tilby bolig til mennesker med rus -og psykiske lidelser.
Psykiatriboliger	Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og ROP-utfordringer	Gi tett og trygg oppfølging i bolig.
Bo-oppfølgingen	Personer over 18 år som har behov for hjelp til å kunne bo i egen bolig, eller forberede dem til å flytte til egen bolig	Bidra til økt mestring og bedring av bo-evnen
Rådgivere med brukererfaring (RMB)	Personer som har vært gjennom et behandlings-opplegg ved avdelingen og er i gode rehabiliteringsforløp	Bidra til å utvikle tjenestene
		Prosjekt «Følgesvenn» - som har til formål å følge opp rusavhengige så de kan ta del i aktiviteter i det ordinære organisasjonslivet.
Bedre tverrfaglig innsats (BTI)	Foreldre til barn og unge som trenger periodevis oppfølging.	Kontakt med foreldrene og bidra med råd og veiledning (og eventuelt styrke) foreldrenes kompetanse.
Pårørende	Pårørende til brukere av RPH	Fagavdeling RPH skal samhandle med pårørende for å gi hensiktsmessig oppfølging til brukeren. Barn som pårørende er et særskilt område.

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

Aktør	Målgruppe	Oppgave
Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	Personer i LAR	Utdeling av erstatningslegemidler i samarbeid med avdeling for rusmedisin (AFR). Utdelingen skjer i legevaktens lokaler mandag til fredag.
Spesialisthelsetjenesten	Alle som er i kontakt med tjenesten	Innsøking på institusjon, samarbeid før -, under og etter utskriving fra institusjon. Poliklinisk oppfølging. Spesialisthelsetjenesten skal veilede kommunens ansatte. Samarbeidet foregår både på system- og individnivå. Vår hovedsamarbeidsparter er AFR og Øyane distriktpsikiatriske senter (DPS).
Psykolog	Personer med behov for rask avklaring om mål og arbeid.	Nav Askøy har avtale med to psykologer. Nav dekker inntil fire kartleggingssamtaler. Om psykologen finner det nødvendig, henvises personen til Øyane DPS for videre oppfølging.
Øyeblikkelig hjelp døgnsengepost (ØHD)	Personer med behov for øyeblikkelig hjelp	Gi brukere som har en lett psykisk-, rus- eller somatisk sykdom døgnsbehandling i inntil 72 timer. Innleggelse skjer via lege eller Askøy legevakt. initiere eller opprettholde samhandling rundt den enkelte bruker.
«Aktiv fritid»	Utsatt ungdom og unge voksne	«Metoden «Fritid med bistand» støtte sosial inkludering i selvvalgte kultur- og fritidsaktiviteter. Tiltaket er organisert under Ungdomshelsetjenesten. Se: www.fritidmedbistand.no
Boligkontoret	Personer som ønsker vurdering rundt kjøp av egen bolig eller hjelp med gjeld.	Nav Askøy har ansvar for Boligkontoret. Tjenesten skal ta seg av kommunens boligsosiale oppgaver, blant annet å organisere samarbeid, kompetanseformidling mellom avdelingene og tilrettelegge for en samhandlingsarena for boligsosiale oppgaver.

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

Aktør	Målgruppe	Oppgave
Hjemmesykepleien	Personer med behov for bistand til daglige gjøremål og til medikamenthåndtering.	Medikamentutlevering, sårstell, kost- og ernæring, hygiene og generelt tilsyn.
Friskliv	Personer som er ferdig behandlet i vår avdeling, og klar for et liv uten vår oppfølging	Samarbeidet med Friskliv handler om å oppmuntre brukere til et selvstendig liv uten påpass fra oss.
Individuell jobbstøtte (IPS)	Personer med enten moderate eller alvorlige psykiske lidelser og eventuell tilleggspromatikk.	Individuell jobbstøtte har som mål å hjelpe mennesker ut i ordinært, lønnet arbeid fremfor å holde dem tilbake i lengre avklaringsrunder og kvalifisering i skjermede tiltak. Modellen legger opp til en formalisert og integrert samhandling mellom kommune, Spesialisthelsetjenesten og NAV.
		Fagavdeling RPH skal samhandle med NAV for at IPS skal kunne tilbys aktuelle brukere.
Brukervaktmester-tjenesten (BVT)	Personer med behov for arbeidspraksis.	Tiltaket rekrutterer deltakere fra Nav og Flyktningtjenesten. Oppgaver er forefallende arbeid på kommunens eiendommer og oppdrag som bestilles fra andre avdelinger. Tiltaket har tre faste VTA-stillinger (varig tilrettelagt arbeid) i tillegg til et varierende antall arbeidspraksisplasser.
Boliger Juvik	Personer med ROP	Kommunen har 17 boenheter på Juvik. For tiden benyttes 13 leiligheter til boliger. Nav disponerer to enheter til sine midlertidige botilbud, og to enheter benyttes til kontor og møtelokaler.

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

Aktør	Målgruppe	Oppgave
Hasjavvenning	Ungdom og unge voksne som ruser seg på cannabis.	Ungdomshelsetjenesten har et hasjavvenningsprogram for brukere over 18 år som frivillig ønsker oppfølgingssamtaler om cannabis. – Se www.hasjavvenning.no

3.12 Eksterne samarbeidsparter

Vi har sendt spørsmål til spesialisthelsetjenestene for rus og psykiatri for å få innspill om hva som var viktig for dem å få med i planen. Vi fikk svar fra begge tjenestene. Når det gjelder den psykiske helsedelen, bruker vi Øyane DPS som spesialist.

Aktør	Målgruppe	Oppgave
Avdeling for rusmedisin	Barn og unge fra 15 til 30 år (PUT) og voksne med rusproblem og ROP - lidelser.	Tverrfaglig spesialisert behandling. Døgnopphold, poliklinisk behandling, LAR- og tvangsbehandling.
Psykiatrisk divisjon - Helse Bergen	Distriktpsykiatrisk senter for voksne med psykiske helse eller ROP utfordringer	Akuttbehandling, ambulante tjenester. Døgnopphold, poliklinisk behandling, 'brukerstyrt seng' og tvangsbehandling.
DPS-råd	Representanter fra kommunene Askøy, Fjell, Øygarden og Sund	Samhandle om utvikling av tjenester, informasjon om tjenester, veiledning om brukersaker.
Bufetat	Barn, unge og familier.	Bistå kommuner med plassering av barn utenfor hjemmet. Rekruttering til -, og formidling av fosterhjem. Etablering, drift og godkjenning av institusjoner.
Privatpraktiserende psykologer	Personer med behov for psykologbehandling for sine helseplager	Behandling og rehabilitering

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

Aktør	Målgruppe	Oppgave
Offentlig tannhelsetjeneste	Mennesker med rus- og psykiske lidelser som får oppfølging fra RPH og -, eller som er i institusjon over 3 måneder.	Tannbehandling for mennesker med rus- og psykiske lidelser.
Kriminalomsorgen Hordaland	Innsatte i fengsel eller er i fri omsorg.	Tilrettelegge for nødvendige tjenester under og etter soning. Forebygge ny kriminalitet.
Oppfølgingstjenesten, Pedagogisk-psykologisk tjeneste, (OT/PPT)	Barn, unge (0 til 18/20 år) og prioriterte grupper, inkludert personer med rus- eller ROP-lidelser.	Støtte- og motivasjonssamtaler med elever og foreldre, ressursteam på skolen, kartlegging og utredning.
Vaktselskap	Leietakere som kan ha behov for bistand ut over ordinær arbeidstid	Hjelpe leietakere i kommunale boliger som kan ha behov for enkel bistand når ordinær tjeneste ikke er på jobb
Askøy videregående skole og Hop videregående skole	Elever som av helsemessige årsaker kan ha behov for særskilt oppfølging eller annen rehabilitering for å kunne gjennomføre videregående opplæring	Initiere samarbeid mellom elev, skole og andre relevante instanser for sikre at eleven klarer å gjennomføre opplæringen.
Olaviken distriktpsikiatriske senter	Personer som trenger avklaring om begynnende utvikling av kognitiv svikt	Utredning og behandling
Museum Vest	Hele befolkningen	Samarbeide med dem når vi har våre aktiviteter på Herdla
Sprek og blid treningssenter Strusshamn	Brukere fra vår avdeling og ordinære kunder fra treningssenteret	Livsstilsendring, få folk ut av huset og i aktivitet. Positive opplevelser og utvidet kunnskap om kosthold, psykisk helse og aktivitet.
Ettervern for brukere etter endt behandling	Brukere som er ferdigbehandlet i institusjon	Gi gode rehabiliteringsforløp for om mulig hindre tilbakefall.

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

3.13 Tillitsmodellen og tjenstedesign

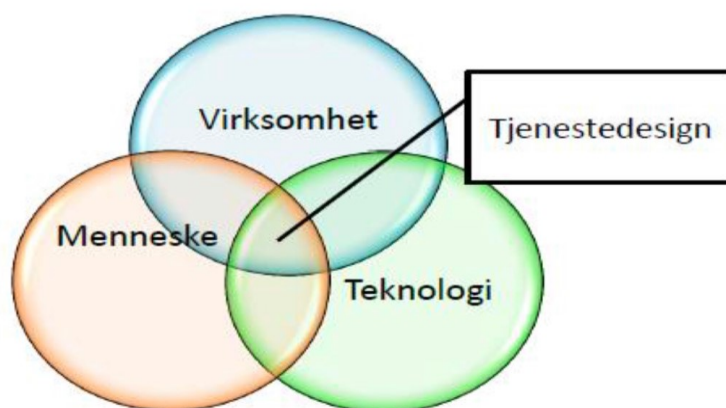
3.13.1 Hva er Tillitsmodellen

Målet med modellen er at kommunen skal yte god og helhetlig oppfølging og at bruker skal oppleve å være med i utformingen av tjenestetilbudet sitt.

Tillitsmodellen baseres på grundig kartlegging av brukers behov, inkludert funksjonsnivå, ressurser, mål og nettverk. Tjenestene utføres i et trepartssamarbeid mellom bruker, pårørende og kommunen.

«Ved å se på samspillet mellom mennesker og tjenester kan tjenstedesign bidra til at man ser nye muligheter og ikke bare forbedringer. Det kan føre til radikale endringer» (Parker, Heapy og Demos)

RPH deltar i prosessen sammen med andre fagavdelinger.



Definisjon av tjenstedesign

«Tjenstedesign kan forstås som en brukerorientert, tverrfaglig og helhetlig måte å utvikle tjenester på. Det handler om å organisere mennesker, prosesser og systemer på en måte som sikrer effektivitet, oversikt, tilgjengelighet og gode brukeropplevelser» (Sitat: Stickdorn og Schneider, 2011)

Kommuneproposisjonen 2017 (PROP:123 S (2015-2016)) vektlegger innovasjon og tjenstedesign. Tjenstedesign ønsker å fylle gapet mellom hva folk trenger og hva det offentlige egentlig tilbyr. På denne måten vil man å gå fra 'brukerfokus' til 'brukerens fokus' og vektlegge den gode brukeropplevelsen.

IPS er en kunnskapsbasert oppfølgingsmetode som går ut på å hjelpe personer med psykiske lidelser og eventuell rusproblematikk til å komme i ordinært arbeid.

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

3.14 Samhandling med frivillige lag og organisasjoner

«Fellesskapet er avgjørende for å skape et godt samfunn å leve i»

«Arbeid til alle, gode velferdsordninger og å styrke fellesskapet er avgjørende for å skape et godt samfunn. En god og velfungerende offentlig sektor kan bidra til dette, men uten et sterkt sivilsamfunn hvor enkeltmennesker sammen bidrar til gode lokalsamfunn, kan vi ikke lykkes i arbeidet for et samfunn hvor alle er med». (St.meld. 39 (2006-2007): 'Frivillighet for alle'.)

RPH har som mål å bli mer kjent med og samarbeide med frivillige lag og organisasjoner i kommunen. Frivillige organisasjoner er med på å bygge folkehelse, og sammen kan vi fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, samt forebygge psykisk og somatisk skade eller lidelse.

God sosial støtte er av betydning for god psykisk helse. Mangel på sosial støtte vil som oftest være ensbetydende med ensomhet.

Forskning viser at manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske lidelser. Sosial støtte påvirker risikoen for både hjerte- og karsykdommer, infeksjonssykdommer og depresjon. Flere unge, eldre og personer med innvandrerbakgrunn rapporterer om ensomhet. Regjeringen mobiliserer mot ensomhet gjennom et samarbeid med Frivillighet Norge og ved å gi støtte til frivillige organisasjoner. («Mestre hele livet» Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022).)

3.14.1 Frivillige lag og organisasjoner

Aktør	Målgruppe	Oppgave
Røde kors	Brukere av rus - og psykisk helsetjenester	Sosial eksponering. Bryte isolasjon
Askøy turlag	Brukere av rus - og psykisk helsetjenester	Komme i gang med regelmessig fysisk aktivitet som kan føre til helsegevinst både fysisk og psykisk. Bryte isolasjon.
Lag- og organisasjoner	Brukere som er ferdig behandlet i vår avdeling	Vi vil satse mer på samarbeid med frivillige lag og organisasjoner for å få til bedre overgangsordninger fra behandlingskjede og over til dagliglivet.
Rådgivere med brukererfaring (RMB)	Ferdigbehandlede pasienter	Prosjekt «Følgesvenn»; RMB skal være bindeleddet mellom fagavdelingen og aktiviteter i det ordinære kulturlivet.

4. Fremtidsutsikter

Personer med rusavhengighet og -, eller psykiske lidelser har ofte behov for tjenester på tvers av nivåer og sektorer og kan trenge oppfølging over lang tid. Kommunene har et utstrakt ansvar for å yte tjenester til denne gruppen. Tjenestene kan være forebygging, rådgivning og veiledning, bolig og bo-oppfølging, oppsøkende virksomhet, arbeid med individuell plan (IP) eller kriseplan, oppfølging før -, under -, og etter opphold hos spesialisthelsetjenestene eller i fengsel, samt oppfølging av deltakere i legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

En av de største utfordringene innen rus og psykiatri som kommunene står overfor er en økende etterspørsel etter kommunale tjenester. Sannsynligvis er dette en konsekvens av at spesialisthelsetjenesten i tråd med føringene i Samhandlingsreformen gir kortere behandlingsopphold. Kommunene må bruke store ressurser på tjenester til de alvorligst syke. Dette er brukere som gjerne har et begrenset tilbud fra spesialisthelsetjenesten, men har betydelige oppfølgingsbehov. Disse behovene må da dekkes av kommunale tjenester.

Vi har også utfordringer med brukere som takker nei til oppfølging av spesialisthelsetjenesten til tross for at de har alvorlig psykisk lidelse. Disse brukerne blir kommunens ansvar hvor vi skal sørge for forsvarlig helsehjelp i samråd med fastlegen. Kommunen har behov for samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å kunne gi god oppfølging, bidra til bedring eller fange opp forverring til disse brukerne har, men opplever for det meste å bli stående alene.

Kommunen har også ansvar for å ta vare på eldre som har rusproblemer i kombinasjon med somatiske lidelser. Disse brukerne vil med tiden også ha behov for mer tilpassede omsorgstilbud.

Vår kommune har valgt å ta brukere som har behov for øyeblikkelig hjelp inn i det eksisterende kommunale tilbudet. Kommunen unngår dermed å bygge opp nye enheter for å gi nødvendig helsehjelp og signaliserer samtidig at de er en del av det store fellesskapet.

4.1 Mål for planperioden

Tabellen viser mål og strategier kommunen vil bruke i løpet av planperioden. Det er tatt høyde for innspill fra brukere, interne og eksterne samarbeidspartnere.

Hovedmålene er en overordnet beskrivelse av hva virksomhetene ønsker å oppnå for brukerne, innbyggerne og samfunnet for øvrig. For å realisere målene skal det settes i verk en rekke tiltak. Gevinsten vil være positive effekter som kommer som resultat av prioriterte tiltak.

Hovedmål 1

Den enkelte bruker skal gjennom tett oppfølging og tilpasset tilbud mestre å bo lengst mulig i egen bolig

Positive effekter for brukerne, innbyggerne, øvrige aktører og samfunnet.

- Økt grad av brukermedvirkning i utviklingen av tilbud og tjenester
- Tjenestenivået er tilpasset brukerens behov - rett tjeneste til rett tid
- Brukeren bor lengre hjemme i egen bolig
- Behovet for institusjonsplass er redusert
- Styrket tverrfaglig samarbeid
- Økt brukertilfredshet

	Delmål / strategi	Tiltak	Frist	Ansvar	Ressursbehov
1	Innen 31.12.2018 skal Kommunalavdeling levekår ha utviklet og implementert «Tillitsmodellen» og etablert prosjektgrupper	Prosjekt «Tillitsmodellen – Askøy»	2018	Kommunalavdeling levekår	Innenfor rammen
2	Omdefinere 3 årsverk i HEVD (1,5 mill.) prosentvis fra tilskuddsmidler til fast drift / Budsjettere	Legge stillingene inn prosentvis i budsjett og økonomiplan 2018-2022	2019	RPH	Avklares i egen sak

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

	Delmål / strategi	Tiltak	Frist	Ansvar	Ressursbehov
3	Omdefinere 4,6 årsverk i FACT (3,620 mill.) fra tilskuddsmidler til fast drift / Budsjettere	Legge stillingene inn i budsjettet etter endt tilskuddsperiode (2017-2021)	2020	RPH	Avklares i egen sak
4	Sikre statlige overføringsmidler / Iplos	Gjennomføre Iplos-registrering årlig	Løpende	RPH	Innenfor rammen
5	Sikre informasjon om brukerne, deres funksjonsnivå, nære relasjoner og nettverk (også barn). Utvikle henvisningsskjema	Utvikle elektronisk meldeskjema for Gerica og Infodoc. Informere samarbeidspartnere om bruken av skjemaet.	2018	RPH i samarbeid med superbrukere i det kommunale systemet	Innenfor rammen
6	Alle pårørende skal få tilbud om oppfølging / Informasjon	Forutsatt at brukeren godkjenner det vil avdelingen informere pårørende spesielt og tilby oppfølging. Mangler det samtykke vil det bare bli gitt generell informasjon.	2019	Alle ansatte i RPH	Innenfor rammen
7	Tydeliggjøre bruker-stemmen i fremtidig utvikling av avdelingen. / RMB-gruppen	Videreutvikle vårt samarbeid med rådgiverne med brukererfaring.	Hele perioden	Samarbeid mellom RPH og RMB-gruppen	Innenfor rammen

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

	Delmål / strategi	Tiltak	Frist	Ansvar	Ressursbehov
8	Sikre informasjon om brukernes funksjons-nivå og behov / Brukerplankartlegging	Gjennomføre brukerplankartlegging årlig. Motivere andre avdelinger til å delta i kartleggingen.	Årlig	RPH i samarbeid med andre kommunale avdelinger	Innenfor rammen
9	Økt brukertilfredshet med tjenestene FACT tilbyr / Brukermedvirkning	Evaluerer av behandlingsplaner to ganger årlig.	Hele perioden	RPH	Innenfor rammen
10	Sikre personer med ROP og psykiske helseutfordringer en god oppfølging i alderdommen / Tilpasse eksisterende tilbud og tjenester til gruppen	Benytte «Tillitsmodellen» og hospitering som virkemiddel	Hele perioden	RPH i samarbeid med Helse- og omsorg	Innenfor rammen

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

Hovedmål 2

Den enkelte bruker skal gjennom tett oppfølging og tilpasset tilbud mestre å bo lengst mulig i egen bolig

Positive effekter for brukerne, innbyggerne, øvrige aktører og samfunnet

- Økt grad av brukermedvirkning i utviklingen av tilbud og tjenester
- Tjenestenivået er tilpasset brukerens behov - rett tjeneste til rett tid
- Brukeren bor lengre hjemme i egen bolig
- Behovet for institusjonsplass er redusert
- Styrket tverrfaglig samarbeid
- Økt brukertilfredshet

	Delmål/strategi	Tiltak	Frist	Ansvar	Ressursbehov
1	Innen 31.12.2018 skal Kommunalavdeling levekår ha utviklet og implementert «Tillitsmodellen» og etablert prosjekt-grupper	Prosjekt «Tillitsmodellen – Askøy»	2018	Kommunalavdeling levekår	Innenfor rammen
2	Omdefinere 3 årsverk i HEVD (1,5 mill.) prosentvis fra tilskuddsmidler til fast drift / Budsjettere	Legge stillingene inn prosentvis i budsjett og økonomiplan 2018-2022	2019	RPH	Avklares i egen sak
3	Omdefinere 4,6 årsverk i FACT (3,620 mill.) fra tilskudds-midler til fast drift / Budsjettere	Legge stillingene inn i budsjettet etter endt tilskuddsperiode (2017-2021)	2020	RPH	Avklares i egen sak
4	Sikre statlige overføringsmidler / Iplos	Gjennomføre Iplos-registrering årlig	Løpende	RPH	Innenfor rammen

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

	Delmål/strategi	Tiltak	Frist	Ansvar	Ressursbehov
5	Sikre informasjon om brukerne, deres funksjonsnivå, nære relasjoner og nettverk (også barn). Utvikle henvisningsskjema	Utvikle elektronisk meldeskjema for Gerica og Infodoc. Informere samarbeidspartnere om bruken av skjemaet.	2018	RPH i samarbeid med superbrukere i det kommunale systemet	Innenfor rammen
6	Alle pårørende skal få tilbud om oppfølging / Informasjon	Forutsatt at brukeren godkjenner det vil avdelingen informere pårørende spesielt og tilby oppfølging. Mangler det samtykke vil det bare bli gitt generell informasjon.	2019	Alle ansatte i RPH	Innenfor rammen
7	Tydeliggjøre brukerstemmen i fremtidig utvikling av avdelingen. / RMB-gruppen	Videreutvikle vårt samarbeid med rådgiverne med brukererfaring.	Hele perioden	Samarbeid mellom RPH og RMB-gruppen	Innenfor rammen
8	Sikre informasjon om brukernes funksjons-nivå og behov / Brukerplankartlegging	Gjennomføre brukerplankartlegging årlig. Motivere andre avdelinger til å delta i kartleggingen.	Årlig	RPH i samarbeid med andre kommunale avdelinger	Innenfor rammen
9	Økt brukertilfredshet med tjenestene FACT tilbyr / Brukermedvirkning	Evaluerer av behandlingsplaner to ganger årlig.	Hele perioden	RPH	Innenfor rammen
10	Sikre personer med ROP og psykiske helseutfordringer en god oppfølging i alderdommen / Tilpasse eksisterende tilbud og tjenester til gruppen	Benytte «Tillitsmodellen» og hospitering som virkemiddel	Hele perioden	RPH i samarbeid med Helse- og omsorg	Innenfor rammen

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

Hovedmål 3

Utvikle bedre tjenester ved systematisk og målrettet tilnærming til kompetanseheving, samt tverrfaglig samarbeid

Positive effekter for brukerne, innbyggerne, øvrige aktører og samfunnet

- Flere tilpassede tjenester
- Styrket samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten
- Redusert sidemisbruk
- Færre innleggelser
- Tilgjengelige tjenester med brukervennlig innfallsvinkel

	Delmål/strategi	Tiltak	Frist	Ansvar	Ressurs-behov
1	Ansatte skal få opplæring i arbeidsmetodikken i FACT / Alle ansatte i FACT team skal gjennomgå opplæring i regi av Napha	Halvparten deltar i 2017 og de resterende i 2018	Hele perioden	RPH i samarbeid med Napha	Innenfor rammen
2	Økt kompetanse om kommunikasjon med brukere og ansatte / Felles opplæring	A) 2 dagers innføringskurs + 2 dagers fordypningskurs for inntil 100 medarbeidere. B) 4 x 3 timers veiledning for inntil 30 ressurs-personer. Innlevering av MI-samtale til MI-analyse før første og før siste veiledning.	2019	Ledergruppen i Kommunalavdeling levekår i samarbeid med KoRus vest	Innenfor rammen
3	Økt behov for mer kunnskap om arbeidet andre fagavdelinger / Hospitering	Etablere rutiner for at ansatte kan hospitere i korte perioder ved andre fagavdelinger. Hospiteringen avhenger av et to-parts forhold.	Hele perioden	Kommunalavdeling levekår i samarbeid	Innenfor rammen
4	Øke kompetanse innen psykisk helse og pakke-forløp / Felles fagdager med Øyane DPS	DPS arrangerer halvdagssamlinger: A) Nytt lovverk, tvang B) Pakkeforløp	2018	DPS	Innenfor rammen

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

	Delmål/strategi	Tiltak	Frist	Ansvar	Ressurs-behov
5	Økt kunnskap og bedre samhandling mellom DPS og kommune / Internundervisning	Ta del i DPS internundervisning	Hele perioden	DPS i samarbeid med Askøy kommune	Innenfor rammen
6	Opprettholde ansattes kompetanse om utdeling av LAR medikament / Kursing og ledersamlinger	A) Kurs for ansatte 2 ganger og ledersamlinger 2 ganger årlig. B) Samarbeid med farmasøyt v/HUS	Hele perioden	A) AFR i samarbeid med Askøy kommune. B) Farmasøyt v/HUS og RPH	Innenfor rammen
7	Øke forståelsen for brukere med flerkulturell bakgrunn / Samhandling	Utvikle samarbeid mellom RPH, Flyktningtjenesten og Psykologtjenesten	Hele perioden	Fagavdelingenes ledere	Innenfor rammen
8	Bedre samhandling og veiledning mellom kommune og spesialisthelsetjenesten / Dialog	Møter mellom Psykiatrisk divisjon, Avdeling for rusmedisin, Rus- og psykisk helsetjeneste og andre relevante avdelinger i kommunen.	Hele perioden	RPH i samarbeid med spesialisthelsetjenesten	Innenfor rammen
9	FACT-manualen skal implementeres i tilskuddsperioden 2017-2021.	Intern revisjon	2021	RPH leder og fagleder	Innenfor rammen
10	Nettverk som metode	Økt kompetanse i metodisk arbeid for ansatte innen fag-områdene nettverk og familieskolen i regi av AFR. RPH har kjøpt inn verktøyet «Fuelbox» til bruk i oppfølging av pårørende.	Hele perioden	Fagledergruppen i RPH	Innenfor rammen

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

Hovedmål 4

Gjennom tidlig innsats forebygge negativ utvikling innen rus- og psykisk helse

Positive effekter for brukerne, innbyggerne, øvrige aktører og samfunnet

- Færre overdosedødsfall
- Redusert behov for institusjonsdøgn og ambulansetjenester
- Redusert «rekruttering» inn i rusmiljøet
- Flere gjennomfører skolegang på normert tid
- Redusere antall personer med ubehandlet HCV (Hepatitt)

	Delmål/strategi	Tiltak	Frist	Ansvar	Ressursbehov
1	Antall brukere i aldersgruppen 18-30 år bør helst reduseres, men i det minste: holdes stabilt. / Samhandling	Etablere en samhandlingsarena for fagavdelingene. Etablere felles rutiner for oppfølging av målgruppen. Bruke eksisterende tilbud, eventuelt utvikle nye tilbud.	Hele perioden	RPH, Psykologtjenesten, Ungdomshelsetjenesten, Nav, Barneverntjenesten, Flyktningtjenesten, og videregående skole (Hop, og Askøy)	Innenfor rammen
2	Redusere antall brukere med aktiv hepatittvirus / Samhandling med leger og apotek	Henvise brukere med påvist hepatitt C-virus (HCV) til behandling ved LAR Bergen (se eget forskningsprosjekt) Tilby rent brukerutstyr	Hele perioden	Fastleger i samarbeid med RPH, AFR og apotek	Innenfor rammen
3	Reduksjon i antall overdosedødsfall . Medikamentell behandling	Ved overdose tilbyr RPH oppfølging i etterkant. Målet om å unngå flere overdoser. Informere og veilede brukerne om Nalokson neseppray Kontakt med ambulanse og lege.	Hele perioden	RPH i samarbeid med AFR, helseforetak og lege	Innenfor rammen

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

5. Vedlegg

5.1 Lovverk, veiledere og rundskriv

[Veileder IS-2442 Veileder for saksbehandling](#)

Målet for saksbehandling og tildeling innenfor vårt fagfelt er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang. Tjenestene er ofte av stor betydning for pasient, bruker og pårørende. Veilederen gir tydelige retningslinjer for god saksbehandling og kvalitetssikring når det gjelder tildeling av tjenestene.

[Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m. m](#)

Loven skal sikre forsvarlig helsehjelp og at det er kvalitet på tjenestene, samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak, forhold rundt KE og individuell plan, tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige, finansiering og egenbetaling.

[Veileder IS-0440 Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold](#)

«kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til

Helse- og omsorgstjenesten omfatter alle brukergrupper, herunder brukere med psykiske helseproblemer/lidelser og rusmiddelproblemer, som skal sikres likeverdig tilgang til tjenester, også kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold».

[Rundskriv I-4/2017 Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved lavterskeltilbud- særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering](#)

Rundskrivet tydeliggjør kommunens dokumentasjonsplikt-journalføring i forbindelse med lavterskeltilbud.

[§3-6 Kommunens ansvar for pårørende](#)

Til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid, skal kommunen tilby nødvendig pårørendestøtte blant annet i form av:

1. Opplæring og veiledning
2. Avlastningstiltak
3. Omsorgsstønad

[Endringer i psykisk helsevernlov IS-1/2017](#)

Formålet er å forebygge og avgrense bruk av tvang. Retten til selvbestemmelse er styrket. Lovendringen står i samsvar med grunnleggende menneskerettigheter.

[Meld. St.nr.26 «Fremtidens primærhelsetjeneste»](#)

I stortingsmeldingen foreslår regjeringen tiltak for mer strukturert oppfølging av pasienter og brukere med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester. Det tas opp at det er et økende antall pasienter og brukere som har flere sykdommer samtidig, eller at de kan ha nedsatt funksjon i forhold til livsområder og på bakgrunn av dette har et omfattende bistandsbehov.

[Prop.15S \(2015-2016\) Opptrappingsplanen for rusfeltet \(2016-2020\)](#)

Det fremkommer 3 innsatsområder i planen; 1. Tidlig innsats for å forebygge rusavhengighet. Flere skal få hjelp før de utvikler rusproblemer, 2. Behandling. Kapasitet og kvalitet i behandlingstilbudet skal styrkes og 3. Oppfølgingstjenester etter behandling. Bolig, arbeid og

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

aktivitet til rusavhengige skal prioriteres.

I opptrappingsplanen har en gjeninnført den gylne regel. «Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, enn for somatikk på regionnivå i spesialisthelsetjenesten».

[Omsorg 2020 Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020](#)

Regjeringens plan for omsorgsfeltet. Den omfatter regjeringens prioriterte områder, og har med viktige tiltak for styrke kvalitet og kompetanse i omsorgstjenestene.

[Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#)

Veilederen som er utviklet er ett av tiltakene i oppfølgingsarbeidet med primærhelsemeldingen. Det tas opp i veileder at en skal ha en tilnærming som omfatter hele bredden av målgrupper innen somatikk, psykisk helse og rus. Tjenestene må ta utgangspunkt i hva pasienter og brukere opplever som viktig i eget liv, og sterkere vektlegging av funksjon fremfor dialognose.

[Veileder IS-1701 Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet](#)

Veilederen skal tydeliggjøre kommunens og spesialisthelsetjenesten sin rolle og samhandling om oppfølging av personer i Lar. Den skal sikre at det ytes forsvarlig oppfølging.

[Veileder IS-2076 Sammen om mestring](#)

Veilederen tydeliggjør kommunens og spesialisthelsetjenestens rolle og funksjon i forhold til oppfølging av pasienter.

[Veileder IS-2428 Mestring, samhörighet og håp](#)

Veileder i psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer.

[Veileder FACT håndbok](#)

Veileder gir tydelige indikatorer på hvordan en skal organisere Fact team, og hvordan oppfølging skal utføres i modelltenkningen.

[Veileder IS-1846 Folkehelsearbeidet](#)

Veien til god helse for alle.

[Veileder IS-1112 for registrering av IPLOS-opplysninger](#)

Kartleggingsverktøy for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester.

[Veileder IS-2587 om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#)

Involvering av og støtte til pårørende i helse- og omsorgstjenesten

[Regjeringens strategi for god psykisk helse 2017-2022 «Mestre hele livet»](#)

Et strategidokument fra Departementene hvor regjeringen har fem overordnede mål for strategien:

1. Psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet
2. Inkludering, tilhørighet og deltakelse i samfunnet for alle
3. Pasientens helse- og omsorgstjeneste
4. Styrket kunnskap, kvalitet, forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet og i tjenestene
5. Fremme god psykisk helse hos barn og unge.

5.2 Samarbeidsavtaler

5.2.1 Tjenesteavtale 3 og 5

om samarbeid om inntak i og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten innen rusmedisin og psykisk helsevern for barn, unge og voksne

1. Bakgrunn

1.1. Avtalen bygger på

1.1.1. Overordnet samarbeidsavtale om samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester (1. linje) og spesialisthelsetjeneste (2. linje).

1.1.2. Prinsipper i grunnlagsdokument for samhandling mellom Helse Bergen HF, Haraldsplass Diakonale Sykehus AS og de 22 kommunene i lokalsykehusområdet.

1.2 Avtalen gjelder for samhandling:

- i overgangssituasjoner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse-, omsorgs- og sosialtjenester.

- når tilbudene fra 1. og 2. linje er gjensidig avhengig av hverandre.

1.3. Pasientforløp operasjonaliserer avtalen ytterligere. Disse skal legges til grunn i samhandlingen mellom partene. Gjeldende forløp finnes på saman.no.

2. Regelverk med rammer for avtalen

- [Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern](#)
- [Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.](#)
- [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.](#)
- [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.](#)
- [Lov om pasient- og brukerrettigheter](#)
- [Lov om helsepersonell mv.](#)
- [Forskrift om pasientjournal](#)
- [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)
- [Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen \(NAV\)](#)

3. Partene i avtalen

Avtalen gjeld mellom kommunene i Helse Bergen sitt foretaksområde, Eidfjord kommune og Helse Bergen HF, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS, Solli distrikts psykiatriske senter, Betanien sykehus og Voss Distrikts psykiatriske Senter NKS Bjørkeli.

4. Formål

4.1. Sikre kontinuitet i behandlingsforløpet, for brukere/pasienter og pårørende.

4.2. Sikre at tjenestene ytes på rett nivå til rett tid.

4.3. Forankre samarbeidet mellom likeverdige parter, alltid med brukeren/ pasienten sitt beste i fokus.

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

4.4. Avklare oppgavefordeling og ansvarsforhold i samarbeidet om brukere/pasienter ved inn- og utskrivning fra psykisk helsevern og rusmedisin.

4.5 Sikre forsvarlig informasjonsutveksling, dialog og samhandling mellom behandlingsnivåene.

4.6 Redusere risiko for uønskede hendelser.

5. Begrepsavklaringer

5.1. Med spesialisthelsetjenesten forstår vi sykehus (inkludert somatiske avdelinger og habilitering), behandlingsplasser i Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB), distrikts psykiatriske sentre (DPS) og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern (barn, unge og voksne) og rusmedisin.

5.2. Med kommunen forstår vi den kommunale helse-, omsorgs- og sosialtjeneste og de private tjenester som kommunen har driftsavtale med. Fastlegene er del av den kommunale helsetjenesten.

5.3. Med melding forstås en dokumentert beskjed til en på forhånd oppgitt kontakt (se kap.6).

Så snart begge parter har etablert en løsning som muliggjør elektronisk meldingsutveksling, skal denne løsningen være primær kontaktform. Inntil elektronisk løsning er klar skal meldingsutveksling skje per telefon. Når melding skjer ved hjelp av telefon, skal all kontakt dokumenteres i partenes journalsystemer, herunder hva som er meldt, til hvem og når.

5.4. En pasient er utskrivningsklar når status i forløpet tilsier at behandling/oppfølging og pasientens videreutvikling kan forventes bedre eller like god i kommunen, og behandlingsansvarlig spesialist har vurdert at det ikke er behov for ytterligere behandling i døgnenhet i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell tverrfaglig vurdering og det bør være enighet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste om vurderingen. Pasienter som har hatt behandling i døgninstitusjon innen psykisk helsevern og TSB bør ha et avklart og avtalt tilbud i førstelinjen før utskrivning iverksettes. Pasientene bør medvirke i denne prosessen, samt pårørende dersom det er ønskelig og mulig.

5.5. Individuell plan (IP) er et virkemiddel for å kunne gi et bedre koordinert tilbud til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Når en person har behov for langvarige og koordinerte tjenester fra både kommune og spesialisthelsetjeneste er det kommunen som har hovedansvaret for at en IP blir utarbeidet. Spesialisthelsetjenesten har plikt til å medvirke.

6. Partenes kontakthinformatjon

6.1. Partene skal ha lett tilgjengelig og oppdatert kontakthinformatjon på nettsidene sine.

6.2. For brukere/pasienter som har etablert(e) kontaktadresse(r) i kommune- og i spesialisthelsetjenesten, skal disse benyttes.

6.3. For brukere/pasienter som ikke har etablert(e) kontaktadresse(r) i kommune- og spesialisthelsetjeneste, benyttes kontakthinformatjon som vist til i pkt. 6.1.

6.4. Når begge parter har etablert en løsning for elektronisk meldingsutveksling skal partene i fellesskap utforme retningslinjer for meldingsutveksling.

7. Taushetsplikt

7.1. Partene kan bare utveksle taushetsbelagte opplysninger om pasienter eller brukere når det er hjemmel for dette i lov eller forskrift.

8. Rutiner for samhandling ved innleggelse, poliklinisk konsultasjon eller dagbehandling

8.1. Innleggelser, konsultasjoner og dagopphold i spesialisthelsetjenesten skjer som hovedregel på bakgrunn av skriftlig henvisning/innleggelsesskriv.

8.2. For henvisninger til spesialisert rusbehandling benyttes fortrinnsvis egen henvisnings mal.

8.3. For henvisning til psykisk helsevern for barn og unge (BUP) (<18 år) anbefales Infodoc brukere å bruke elektronisk mal som ligger i programmet utarbeidet i samarbeid med praksiskonsulentene (PKO). Leger som bruker andre dataprogram anbefales å bruke eget BUP henvisningsskjema

8.4. For henvisning til psykisk helsevern for voksne (>18 år) anbefales Infodoc brukere å bruke elektronisk mal som ligger i programmet og som er utarbeidet i samarbeid med PKO.

8.5 Leger som bruker andre program bør gjøre seg kjent med behovet for nødvendig informasjon ved akutt og elektiv innleggelse, og disse henvisningene bør inneholde følgende informasjon:

- pasientens navn og personnummer
- adresse og telefonnummer der pasienten kommer fra, for eksempel hjemmet, korttidsplass, kommunale psykisk helse- og rustjenester
- navn på innleggende lege og pasientens fastlege
- relevante diagnoser, aktuelle problemstillinger og sykehistorie
- dersom det er relevant, informasjon om:
 - nåværende eller tidligere suicidalitets- og voldsproblematikk
 - somatisk tilstand
 - rusmiddelavhengighet og psykisk helse
 - pasientens funksjonsnivå før inntak
- Individuell plan der det foreligger
- oppdatert medikamentliste
- eventuelt behov for tolk (fremmedspråk, hørsel)
- nærmeste pårørende sitt navn og telefonnummer
- informasjon om pårørende er informert om innleggelsen
- informasjon om pasienten har omsorg for barn, og hvordan disse er ivaretatt

8.6. Henvisende lege skal konferere med sykehusets vaktlege per telefon før innleggelse for øyeblikkelig hjelp. Henvisende lege tar avgjørelsen om det er behov for spesialistvurdering.

8.7. Fastleger, legevakt i kommunen skal ved behov for akuttpsykiatrisk hjelp for voksne følge retningslinjer gitt i [akuttforløpet](#) Gjeldende versjon 1.1.2014

8.8. Fastleger, legevakt og leder av den kommunale barneverntjenesten skal ved behov for akuttpsykiatrisk hjelp for barn og unge følge egne [tilvisningsrutiner](#). Gjeldende versjon 1.1.2014

8.9. Henvisende lege kan konferere med vakthavende lege ved Avdeling for rusmedisin, for å drøfte rusdominerte tilstander som kan være aktuelle for innleggelse. Vakthavende lege ved Avdeling for rusmedisin kan nås via sentralbordet på Haukeland.

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

8.10. Innleggelse ved Øyeblikkelig hjelp (ØH) av pasient med rusdominert tilstand kan skje til Akuttposten, som er lokalisert ved Bergen legevakt. Dersom slik innleggelse er aktuell, skal pasienten fortrinnsvis vurderes også av lege ved Bergen legevakt. Eventuell innleggelse direkte fra henvisende lege til Akuttposten kan bare skje dersom vakthavende lege konsulterer lege ved Akuttposten,

8.11. For pasienter som allerede mottar kommunale helse- omsorg- og sosialtjenester, skal som hovedregel relevante opplysninger følge pasienten ved innkomst i spesialisthelsetjenesten.

8.12. Dersom henviser vurderer at pasienten har behov for transport til spesialisthelsetjenesten, skal transport rekvireres av henviser. Denne avgjør eventuelt behov for ledsager på reisen. Pasientreiser dekkes av helseforetaket etter gjeldende [retningslinjer](http://www.pasientreiser.no). (www.pasientreiser.no)

8.13. Ved behov for tvungen psykisk helsevern følges de regler som er gitt i og i medhold av Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

8.14. Ved behov for tilbakehold av rusmiddelavhengige i institusjon følges de regler som er gitt i og i medhold av Helse- og omsorgstjenesteloven kap.10.

8.15. Pasienter under Legemiddelassistert rehabilitering har alltid en behandlingskontakt i Avdeling for rusmedisin.

8.16 Pasienter som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten har en rett på helsehjelp. Dersom det er behov for ytterligere behandling innenfor samme fagområde, kan dette iverksettes ved sekundærhenvisning, uten ny rettighetsvurdering. Der det er etablert et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen rundt pasienten bør beslutning om ytterligere behandling baseres på dialog, drøfting og vurderinger som er gjort i dette samarbeidet. Dersom en pasient med en rett til nødvendig helsehjelp (for eksempel LAR) ønsker behandling innen somatikk eller psykisk helsevern, utformes en ny primærhenvisning, som rettighetsvurderes i aktuell enhet (somatikk eller psykisk helsevern).

9. Rutiner for samhandling når pasienten er i behandling i spesialisthelsetjenesten

Ved mottak av ny pasient som innlegges til døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten skal det, i tillegg til individuell utredning og behandling, gjøres en vurdering av:

- hvordan pårørende skal involveres underveis i døgnoppholdet og forberedes på utskrivelsen.
- om pasienten er i behandling/har annen behandlingskontakt som skal varsles/ kontaktes om innleggelsen
- hvor lenge innleggelsen antas å vare
- om man antar at pasienten kan skrives ut til hjemmet, det vil si at boforhold er avklart, også med pårørende der de er berørt, til kommunal helse- og omsorgstjeneste eller overføres til annen døgnenhet i spesialisthelsetjenesten
- hvilke behov pasienten antas å ha for bistand, inkludert fra pårørende og nettverk, etter utskrivelse fra aktuell avdeling
- status for Individuell plan (IP) og plan for revidering av IP

9.1. Spesialisthelsetjenesten v/behandlingsansvarlig enhet har ansvar for å sende melding til aktuelt kontaktpunkt i kommunen tidlig i behandlingsforløpet. Samarbeidet må starte

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

umiddelbart og senest innen 1 uke når pasienter allerede er under kommunal oppfølging utover fastlege.

9.2. Spesialisthelsetjenesten skal samordne sin informasjon for å sikre entydig kommunikasjon overfor kommunen. Kommunen, ved aktuelt kontaktpunkt, skal så snart som mulig orienteres ved endring i behandlingsansvarlig enhet, der dette er av langvarig karakter og har betydning for den videre kontakt og samhandling om pasienten.

9.3. Ved lengre tids behandling skal det gis informasjon min. hver 3. måned om pasientens behandlingsstatus/prosess til pasientens fastlege og ev. til andre instanser som har et oppfølgingsansvar for pasienten. Denne informasjon kan formidles via et sammenfatningsnotat eller via annen samhandling, eksempelvis ansvarsgruppemøte.

9.4. All kontakt mellom kommune og spesialisthelsetjenesten skal dokumenteres i pasientens journal.

9.5. Spesialisthelsetjenesten skal formidle til kommunen en beskrivelse av pasientens funksjonsnivå. Kommunen skal avklare behov for tjenester på bakgrunn av denne og i samråd med pasienten. Ved behov kan det avtales vurderingsbesøk.

9.6. Ved ønske fra pasient og der det kan være aktuelt med langvarige nye tjenester fra kommunen, skal spesialisthelsetjenesten bistå pasienten med å sende skriftlig søknad om tjenester fra kommunens helse-, omsorgs- og sosialtjeneste. For pasienter som ikke ønsker å søke om tjenester ved utskrivelse, selv om det er åpenbart at de trenger det, skal kommunen kontaktes så sant pasienten ikke motsetter seg dette.

9.7. Dersom det under behandlingsforløpet oppstår endringer i hjelpebehov på grunn av svekkelse av funksjonsnivå, ny sykdom, skade eller om behov for oppfølgingstjenester reduseres, skal spesialisthelsetjenesten uten unødvendig opphold melde det til aktuelt kontaktpunkt i kommunen.

9.8. For pasienter som har behov for koordinerte tjenester (jf. Tjenesteavtale 2) skal partene, der det er behov for det, sammen utarbeide en plan for overføring og videre oppfølging.

9.9. Både kommune og spesialisthelsetjenesten skal bidra i arbeidet med individuell plan til pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse-, omsorgs- og sosialtjenester, der pasienten ønsker dette.

9.10. Når pasienter som har mottatt kommunale helse-, omsorgs- eller sosialtjenester dør i spesialisthelsetjenesten, skal det gis melding til kommunens aktuelle kontaktpunkt (inkludert pasientens fastlege) så raskt som mulig.

9.11. Spesialisthelsetjenesten skal i samråd med pasienten ivareta kontakten mot pårørende under innleggelsen.

9.12. Spesialisthelsetjenesten skal påse at eventuelle mindreårige barn blir ivaretatt i den aktuelle situasjonen.

9.13. Dersom det er behov for kompetanse som finnes i andre avdelinger eller klinikker i spesialisthelsetjenesten, er det spesialisthelsetjenestens ansvar å sørge for at slik kompetanse innhentes og at nødvendige tiltak iverksettes i løpet av innleggelsen.

10. Rutiner for samhandling ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten

10.1. For å sikre at utskrivningsprosessen gjennomføres i et samarbeid mellom pasient/bruker, pårørende, fastlege og relevante tjenesteytere fra kommune og NAV, anbefales det at prosessen styres ved hjelp av en sjekkliste som inneholder nødvendige punkter for å ivareta pasientens og pårørendes behov for en trygg etablering utenfor døgnerenhet i spesialisthelsetjenesten.

10.1.2. Hvis pasienten, som en del av behandlingen, har hatt frihetsbegrensninger som ikke kan videreføres i kommunen, må disse trappes ned og avvikles i god tid før utskrivning.

10.1.3. Tilbakemelding til fastlegen gjøres i god tid før utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.

10.1.4. Samarbeidsmøte avholdes dersom det er behov for det og pasienten samtykker.

Pårørende involveres i møtet etter pasientens samtykke. Der pårørende blir direkte berørt skal de involveres for avklaring.

10.1.5. Kommunen må iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten fra den datoen det er varslet utskrivning, eller fra det tidspunktet kommunen og helseforetaket anser som det best egnede tidspunkt for pasienten å bli utskrevet på. Pårørende må involveres der samtykke foreligger eller der de er direkte berørt.

10.1.6. Ved utreise fra tverrfaglig spesialisert døgnbehandling skal det foreligge et tilbud om poliklinisk behandlingstilbud. Dette er særlig viktig når døgnbehandlingen avbrytes på grunn av inntak av rusmidler eller andre regelbrudd.

10.1.7. Pasienter som har vært innlagt i sykehus over lengre tid skal utskrives via sitt lokale DPS.

10.1.8. Dersom pasienter skrives ut til tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold, og samtidig skal motta kommunale tjenester, må det inngås en avtale som avklarer oppgaver og ansvar. De kommunale tjenestene skal ikke delta i behandling basert på tvangsvedtak – med mindre pasienten ønsker dette.

10.1.9. For pasientgrupper som har farlighets- og sikkerhetsproblematikk, og pasienter som selvskader seg skal det som hovedregel alltid foreligge en behandlingsplan og kriseplan ved utreise.

10.2. Spesialisthelsetjenesten plikter å melde til kommunen når en pasient er utskrivningsklar.

10.3. Melding om utskrivningsklar pasient skal gis til aktuelt kontaktpunkt i kommunen. Dersom pasienten kun har behov for oppfølging fra fastlege etter utskrivning, skal melding om utskrivningsklar pasient sendes til fastlegen. Spesialisthelsetjenesten skal ved behov bistå pasienten i f.h.t. timebestilling hos fastlegen.

10.4. Pasienter som mottar tjenester i kommunen, og som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten med uendret hjelpebehov, kan skrives ut når melding er formidlet til aktuelt kontaktpunkt i kommunen.

10.5. Spesialisthelsetjenesten v/behandlingsansvarlig enhet avtaler pasientens utreisetidspunkt med aktuelt kontaktpunkt i kommunen.

10.6. Pasienter som har behov for kommunale helse- og/eller omsorgstjenester, skal som hovedregel skrives ut så tidlig på dagen som mulig, og senest kl. 15:00.

10.7. Dersom situasjonen endrer seg slik at en pasient ikke lenger er å regne som utskrivningsklar, skal sykehuset umiddelbart melde til kommunens aktuelle kontaktpunkt.

10.8. Opplysninger som er nødvendige for å ivareta en forsvarlig oppfølging av pasienten, skal alltid følge pasienten ved utskrivning. Minimumsdokumentasjon som skal foreligge ved

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

utskrivning for pasienter som har behov for rask oppfølging i kommunen, skal som hovedregel inneholde:

- diagnose og gjennomført behandling
- informasjon om eventuell suicidalitets- og voldsproblematikk
- oppdatert medikamentliste
- plan for videre oppfølging
- beskrivelse av endringer i funksjonsnivå
- informasjon om pasienten har omsorg for mindreårige barn og om de er ivaretatt
- eventuelt søkte hjelpemidler

10.9. Behandler i spesialisthelsetjenesten skal ta kontakt med fastlege når det er faglig indikasjon for dette i forhold til oppfølging av pasienten.

10.10. Det må alltid foreligge epikrise ved utreise, og denne sendes senest samme dag til fastlegen.

10.11. Ved behov skal sykepleierappport, epikrise og eventuelle rapporter fra andre relevante faggrupper ved utskrivning følge pasienten, også oversendes til aktuell kommunal helse- og omsorgstjeneste, se også avtalens punkt 7.

10.12. Praktiske forhold som skal avklares før utskrivning:

10.12.1. Spesialisthelsetjenesten og kommunen må sammen med pasienten sikre at tilfredsstillende hjelpetiltak/-midler kommer på plass i tide.

10.12.2. Alt medisinsk utstyr som pasienten har behov for etter utskrivning, må rekvireres av spesialisthelsetjenesten i pasientens navn og dekkes av pasienten/trygdeforordninger.

10.12.3. Utstyr og forbruksmateriell for perioden fra utskriving og fram til det kan forventes at dette kan skaffes på hjemstedet, må følge pasienten.

10.12.4. Ved forandringer i medikasjon skal nye resepter følge pasienten. Dosert medisin og eventuelt næringsmidler for perioden fra utskriving og til det kan forventes at dette kan fremskaffes på hjemstedet, må følge pasienten dersom det er behov for det. Dette gjelder ved utskriving både til hjemmetjenesten og institusjon.

10.12.5. Ved elektronisk resept skal den legen som sist endret pasientens medikasjon ha ansvar for å oppdatere pasientens medikamentliste og resepter elektronisk og trekke tilbake ikke aktive resepter (sykehuslegen ved utskriving, ellers fastlegen)

10.12.6. Nye medikamenter og næringsmidler som krever individuell refusjon fra Helfo, skal være søkt om fra spesialisthelsetjenesten.

10.12.7. Spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for å informere pårørende om utskrivingen, der pasienten ønsker det, men ikke er i stand til å gjøre det selv.

10.12.8. Kommunen er forpliktet til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv.

10.12.9. Dersom pasienten har behov for transport til hjemmet/kommunal institusjon, skal dette rekvireres av spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten avgjør eventuelt behov for ledsager.

11. Rutiner for samhandling ved poliklinisk konsultasjon og dagbehandling

(kommer i tillegg til rutiner i kapittel 8).

11.1. Spesialisthelsetjenesten må melde fra til aktuelt kontaktpunkt ved behov for videre oppfølging av pasienten. Dersom det haster med iverksetting av tjenesten, kan slik kontakt skje per telefon.

11.2. Ved forandringer i medikasjon skal nye resepter følge pasienten.

11.3. Ved elektronisk resept skal den legen som sist endret pasientens medikasjon ha ansvar for å oppdatere pasientens medikamentliste og resepter elektronisk og trekke tilbake ikke aktive resepter.

11.4. Notat fra poliklinisk akuttkonsultasjon skal oversendes fastlegen samme dag.

12. Håndtering av avvik

Avvik og uønskede hendelser skal håndteres etter retningslinjene som er utarbeidet i henhold til overordnet samarbeidsavtale.

13. Håndtering av uenighet, tvisteløsning og eventuelt mislighold av avtalen

Avklaringer av mindre karakter skal forsøkes løst mellom partene på lavest mulig nivå. Hvis det ikke lykkes å oppnå enighet ved slik kontakt, tar eventuelt nærmeste leder kontakt med leder på tilsvarende nivå i kommune eller helseforetak. Ved uenighet og tvist ut over dette nivået følger avtalen føringer for håndtering av tvister i overordnet samhandlingsavtale.

I tilfelle motstrid mellom denne avtalen og eventuelle særavtaler skal denne avtalen ha forrang.

Konsekvensene av eventuelle avtalebrudd er regulert i overordnet samarbeidsavtale.

14. Iverksetting, evaluering og revisjon

Avtalepartene forplikter seg til å gjøre avtaleverket kjent for egne ansatte, samt sikre etterlevelse av avtalen i egen organisasjon.

Avtalen er gjeldende fra signeringsdato og gjelder frem til en av partene sier den opp med ett års oppsigelsesfrist, jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer § 6-5, 2. ledd.

Dersom en av partene sier opp avtalen skal Helse Bergen HF varsle Helse Vest RHF. Det regionale helseforetaket skal varsle Helsedirektoratet, jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer § 6-5, 2. ledd.

Hver av partene kan kreve at avtalen evalueres/revideres dersom vesentlige forutsetninger for avtalen blir endret. Partene er enige om å gjennomgå avtalen innen desember hvert år med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser. Til grunn for evaluering og revidering skal det foreligge et samarbeid mellom avtalepartene. I tillegg skal erfaringsmeldinger eller meldinger om uønskede hendelser, eventuelle endringer i lovverk eller sentrale krav som kan medføre endret oppgavefordeling, legges til grunn for en evaluering/revidering.

Signeringsdato:

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

Dato: _____

Dato: _____

.....

.....

Sign. Kommune

Sign. Helse Bergen

.....

NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus

Dato: _____

.....

Betanien sykehus

Dato: _____

.....

Voss Distrikts psykiatriske Senter NKS Bjørkeli

Dato: _____

.....

Solli distrikts psykiatriske senter

5.2.2. Tjenesteavtale 4 om samhandling om øyeblikkelig hjelp

OVERSIKT OVER SÆRAVTALER FOR ETABLERING AV KOMMUNALT ØYEBLICKELIG HJELP-TILBOD

Alle avtaler under er forankra i [tjenesteavtale 4](#).

I tillegg har altså kommunane [Os, Fjell og Sund](#) inngått tjenesteavtaler med Helse Bergen om oppstart av kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud. (I disse avtalen har ein altså kombinert den generelle delen frå tenesteavtalen, med den spesifikke delen som dei andre kommunane har regulert i særavtalene under).

Nivå	Kommune(r)	Gyldighets- periode	Avtalepart i spesialisthelsetenesta
III	Øygarden	01.09.2012 -	Helse Bergen
	Fusa	01.11.2012 -	Helse Bergen
	Askøy	01.03.2013 -	Helse Bergen
	Austrheim, Fedje, Masfjorden, Meland, Modalen, Lindås, Osterøy og Radøy	01.03.2013 -	Haraldsplass Diakonale Sykehus har inngått likelydande avtale med alle 8 kommunar i Nordhordland*
	Kvam – samarbeidsavtale med Voss om tilbud for deler av døgeret er vedlegg til avtalen	01.03.2013 -	Helse Bergen

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

Nivå	Kommune(r)	Gyldighetsperiode	Avtalepart i spesialisthelsetenesta
	Voss (og for Kvam deler av døgeret) – samarbeidsavtaler med Granvin , Ulvik og Eidfjord er vedlegg til avtalen.	01.03.2013 -	Helse Bergen
	Austevoll	06.02.2014 -	Helse Bergen
	Samnanger	01.01.2016 -	Haraldsplass Diakonale Sykehus
	Bergen Kommune	28.01.2016	Helse Bergen og Haraldsplass Diakonale Sykehus

*Tilbudet omfatter også Gulen kommune som har inngått avtale med Helse Førde. Alle dei ni kommunane har inngått vertskommuneavtale med Lindås.

5.2.3.Samhandlingsavtale mellom NAV og Askøy kommune

Samhandlingsavtale mellom NAV Askøy og avdeling for Rus- og psykisk helsetjeneste i Askøy kommune

Målgruppe:

Felles brukere med rus- og eller psykiatriutfordringer.

Mål:

Gjennom god kommunikasjon, skal vi sikre felles oppfølging og delt ansvar for brukeren slik at vi yter best mulige tjenester. Rett hjelp til rett tid. Brukerens beste og brukervedvirkning er fokusområder.

Samarbeidet skal basere seg på informert samtykke som innhentes så tidlig som mulig. Omfanget av samtykket kan begrense avtalen.

Samhandlingsformer:

Telefon/anonymisert mail ved behov. Møtepunkt i forhold til kontaktpersoner annen hver måned og evaluering på ledernivå to ganger pr. år.

Ved møter annen hver måned vil det bli satt av tid til både generelle avklaringer for kontaktpersonene og samhandling av konkrete brukere. Ansvar for gjennomføring av møtene fordeles mellom avdelingene etter oppsatt plan.

Mellomlederne setter av tid til samhandling i juni og desember måned, avdelingene har ansvar for at dette gjennomføres annen hver gang.

Samhandlingsområder:

Rus- og psykisk helsetjeneste har et oppfølgingsansvar når bruker er i behov for oppfølging.

NAV Askøy skal under kartlegging av brukere, vurdere brukers behov for oppfølging i forhold til rus og/eller psykiske utfordringer. NAV kan opplyse om tjenesten, og bistå bruker med utfylling av søknadsskjema dersom bruker ønsker å fremme søknad.

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

NAV skal etter behov opplyse kontaktperson i Rus- og psykisk helsetjeneste om brukers rettigheter, søknadsskjema og prosedyrer.

Dersom bruker ønsker individuell plan eller koordinator har avdelingene ansvar for at saken bringes inn til koordinerende enhet.

NAV har ansvar for at kontaktperson i Rus- og psykisk helsetjeneste er kjent med brukers aktivitetsplan. Ved søknad om tjenester i Rus- og psykisk helsetjeneste bør informasjon om aktivitetsplan eller hele aktivitetsplanen vedlegges søknaden.

NAV har ansvar for at kontaktperson i Rus- og psykisk helsetjeneste er kjent med denne brukers eventuelle vedtak om økonomisk sosialhjelp, herunder vilkår for ytelsen.

NAV og avdeling Rus- og psykisk helsetjeneste skal gjensidig informere hverandre dersom bruker ikke følger opp aktivitetsplan, ellers dersom bruker flytter, soner, starter og/eller avslutter behandling.

Kontaktpersonen i Rus- og psykisk helsetjeneste motiverer bruker med å følge opp aktivitetsplan og vilkår for vedtak om økonomisk sosialhjelp. Rus- og psykisk helsetjeneste motiverer bruker med å søke på nytt i god tid før vedtak om økonomisk sosialhjelp utløper.

Ved opparbeidet husleie - og/eller strømrøstase, lages en nedbetalingsplan der Nav og Rus- og psykisk helsetjeneste samarbeider med bruker. Bruker informeres om verge. NAV vurderer om bruker fyller vilkårene for stønad til dekning av restanse.

Rus- og psykisk helsetjeneste skal motivere for behandling og rehabilitering. I saker der det er mulig skal en i samarbeid med Nav vurdere å motivere for arbeid og aktivitet.

Nav Askøy inviterer Rus- og psykisk helsetjeneste til møter med psykologene som har driftsavtale. Møtene avholdes på Nav Askøy. Rus- og psykisk helsetjeneste melder tilbake til fagkonsulent for ungdomsteamet ved Nav Askøy dersom de ønsker å sette av tid med psykolog til avklaring av brukere.

Avdelingene skal samhandle når brukere flytter. NAV Askøy behandler søknader om økonomisk sosialhjelp og veileder om rettigheter. Rus- og psykisk helsetjeneste hjelper bruker med å innhente prisoverslag i forbindelse med søknad om stønad til for eksempel flytteutgifter og etablering.

Avdelingene skal samhandle rundt plassering av og oppfølging av brukere i midlertidig bolig, herunder på Juvikflaten. Så langt det lar seg gjøre, skal Nav informere Rus- og psykisk helsetjeneste om innflytting og fraflytting av midlertidig boliger på Juvik. Eventuelle innvendinger fra Rus- og psykisk helsetjeneste i denne forbindelse skal medtas i en totalvurdering av situasjonen.

Avdeling Rus- og psykisk helsetjeneste og Nav har et felles ansvar for å følge opp felles brukers søknad om kommunal bolig. Rus- og psykisk helsetjeneste bistår bruker med utfylling av søknadsskjema og fremmer saken i Boligtildelingsutvalget. Nav kan medvirke til dette.

Rus- og psykisk helsetjeneste skal medvirke til avklaring av langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp og/eller arbeidsavklaringspenger. Medvirkningen kan bestå i å utferdige sosialrapport. NAV skal selv hente ut dokumentasjon som finnes i NAV sine saksbehandlingssystemer.

Begge avdelinger melder bekymringssaker til barnevernet.

NAV Askøy vurderer behov for forvaltningskonto dersom brukers manglende evne til å disponere inntekt er av forbigående art.

Nav Askøy og Rus- og psykisk helsetjeneste er begge ansvarlig for å opplyse om, motivere for og hjelpe bruker med å fremme søknad om verge ved behov.

Dersom felles bruker har forvaltningskonto ved Nav Askøy, skal Nav opplyse Rus- og psykisk helsetjeneste om eventuelle endringer som vil få betydning for bruker. Eksempel på dette kan være reduksjon i livsopphold på grunn av at bruker ikke har sendt meldekort eller andre uforutsigbare disposisjoner.

Særskilt om ungdom:

Ungdom i aldersgruppen 18-35 år skal følges opp så ofte og så tett som nødvendig for bruker. Rus- og psykisk helsetjeneste kan delta i ungdomsmøtene ved NAV Askøy etter nærmere avtale.

Ansvar og oppfølging:

Lederne for begge avdelinger er ansvarlige for at ansatte i avdelingen er kjent med og følger samhandlingsavtalen.

Avdelingene har ansvar for å sende hverandre oppdaterte telefon-, mail- og oversikt over organisering.

Samhandlingsavtalen evalueres hvert år etter gjennomgang i hver avdeling.

Sted og dato:

Fagsjef

Fagsjef NAV Askøy

5.2.4 Samhandlingsavtale mellom Røde Kors og RPH

Samarbeidsavtale

mellom

Rus og psykisk helsetjeneste Askøy kommune

og

Røde Kors Askøy
(Heretter kalt Røde Kors)

Avtale mellom

Rus og psykisk helsetjeneste Askøy kommune

og

Røde Kors Askøy

1.OM AVTALEPARTENE:

Navn: Askøy Røde Kors

Adresse: Klampavikvegen 9, 5300 Klepppestø

Telefon: 56156156

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)

Navn: Rus og psykisk helsetjeneste Askøy kommune

Adresse: Klampavikvegen 1, 5300 Kleppestø

Telefon 56158000

2. AVTALENS FORMÅL

Formålet med denne avtalen er å samarbeide om tiltak som bidrar til å styrke sosiale nettverk rundt mennesker i sårbare livssituasjoner, herunder personer med rusproblemer, psykiske helseproblemer og løslatte etter soning.

3. Om Røde Kors Nettverksarbeid

Røde Kors Nettverksarbeid er et tilbud til mennesker som ønsker å utvikle sosial kontakt, felleskap med andre og mulighet til å få bygget nye sosiale nettverk. Tiltakets målgruppe er hovedsakelig mennesker med rusproblemer, psykiske helseproblemer og løslatte etter soning.

Døråpner på Askøy er basert på gruppeaktivitet som tilpasses deltakernes behov, ønsker og interesser.

Det er frivillige som deltar sammen med deltakerne. De frivillige er ikke behandlere, men et medmenneske som viser forståelse og omsorg.

På landsbasis består Røde Kors Nettverksarbeid av et mangfold av aktiviteter, forankret i felles metodikk og rammeverk.

Røde Kors Nettverksarbeid skal være et supplement til offentlig tilbud i kommunen.

4. OM RUS OG PSYKISK HELSETJENESTE ASKØY KOMMUNE

Rus- og psykisk helsetjeneste er en avdeling hvor en har sterk grad av fokus på friskliv og folkehelse. Vår viktigste oppgave er å finne brukers egne ressurser å bygge videre på i vårt arbeid. Faglig forankring er i all hovedsak via Recovery tenkning.

Som avdeling er vi opptatt av at brukeren skal medvirke i forhold til den oppfølgingen vedkommende får tilbud om. Vi ønsker også at brukeren skal være aktiv i forhold til evaluering av tilbudet.

Avdelingen arbeider i 2 ulike team. Hevd (Hva er viktig for deg teamet) forholder seg til mennesker med rus og/eller psykisk helseproblemer der brukeren er i et godt rehabiliteringsforløp. Fact teamet (Flexible assertive community treatment) forholder seg til mennesker med rus og/eller psykiske helseutfordringer, der brukerne er i behov av tettere oppfølging.

Avdelingen ser på brukererfaring som en verdifull ressurs. Avdelingen har 4 Rådgivere med brukererfaring. Dette er personer som har mottatt oppfølging fra vår avdeling, men som er på vei ut av vår oppfølging og skal stå på egne bein. Rådgiverne med brukererfaring har initiert ønske om et «Følgesvenn tiltak». Dette tiltaket skal gjøre overgangen fra vår avdeling mot andre aktiviteter i lag og organisasjoner bedre. Avdelingen har også ansatt 2 Erfaringskonsulenter i 50% stillinger som er en del av vårt faste personell. Som avdeling vil vi i 2018 satse på utvikling av dialog og kontakt med lag og organisasjoner i kommunen. Dette for om mulig styrke samhandling med 3dje sektor og gjøre overgangene for våre brukere bedre.

5. PARTENES FORPLIKTELSE

5.1. Røde Kors skal:

- Tilby fellesaktiviteter.
- Stå for kostnadene ved aktivitet.
- Rekruttere, kurse og følge opp de frivillige, i tråd med retningslinjer fra Norges Røde Kors.
- De frivillige har taushetsplikt.
- Holde informasjonsmøter om Døråpner på ulike institusjoner og avdelinger i kommunen.

5.2. Kommunen skal:

- Sikre at Røde Kors kommer i kontakt med potensielle deltakere.
- Legge til rette for god informasjonsflyt mellom Røde Kors og deltakerne.

- Informere om at Døråpner er et tilbud hvor en ikke skal delta når en er ruset.
- Sikre at mennesker i målgruppen som ønsker å delta på Døråpner henvises til Røde Kors.
- Bistå med å gjøre tilbudet kjent i Askøy Kommune.

6. Organisering av samarbeidet

-Innsats overfor sårbare og marginaliserte grupper favner langt bredere enn helsesektorens og kommunes ansvarsområder. Det krever samarbeid på tvers av sektorer og nivå, samt mellom det offentlige, det private og frivillige organisasjoner. De ulike parter innehar kompetanse på sine respektive områder og er viktige bidragsytere til fellesskapet. Det legges vekt på tiltak som ikke konkurrerer med hverandre, men som virker supplerende og positivt for de målgrupper som tiltaket gjelder for.

-Røde Kors innkaller til samarbeidsmøte en gang i året. Ellers innkaller partene hverandre til møter ved behov.

-Røde Kors sin kontaktperson informerer om planer for aktiviteten.

7. Partenes selvstendighet

Partene skal respektere hverandres ulikheter, egenart og prinsipper. Partene hefter ikke på noen tidspunkt for den andres handlinger, og skal gjennom hele samarbeidet bevare sin integritet, uavhengighet og egenart.

8. Avtaleperioden

Denne avtalen mellom Askøy kommune og Røde Kors Askøy gjelder fra 01.10/2017 og løper til den sies opp av en av partene.

9. Bruk av logo

Partenes logo kan ikke brukes uten den annen parts samtykke.

10. Taushetsplikt

Alle ansatte og frivillige i Røde Kors har en absolutt taushetsplikt om hvem vi hjelper og hva de forteller oss. Taushetsplikten følger av Røde Kors Etikk- og taushetserklæringen som alle ansatte og frivillige har skrevet under og vår «Veileder om innholdet i

taushetsplikten til frivillige og ansatte i Røde Kors»

Taushetsplikten innebærer blant annet at ansatte og frivillige i Røde Kors ikke kan sende oppmøterapport om informasjon om enkelt individer til offentlige myndigheter.

11. Signaturer

Denne avtalen er utarbeidet i 2-to eksemplarer, hvorav partene beholder hvert sitt eksemplar.

Navn Kommune

Sted

dato

Askøy kommune
Rus- og psykisk helsetjeneste

Kh. STØ

14.12.2017

Postboks 323, 5323 Kleppestø



Navn

Ine Stene

Tittel

leder Rus- og psykisk helsetjeneste

Nestleder Røde Kors Askøy
Lene Aase Marø

Tilbake til [innholdsfortegnelsen](#)