

Sømløst forløp Unge

Lokal retningslinje – Unge voksne med rusmiddelproblemer



Om retningslinjen:

Den lokale retningslinjen skal være et virkemiddel for å styrke helhetlige og sømløse forløp for unge voksne med rusproblemer.

Anbefalingene i retningslinjen skal bidra til å styrke samhandlingen på tvers av tjenestene og fremme brukerperspektivet.

Retningslinjen er utarbeidet i et samarbeid mellom Bergensklinikken og Bergen kommune, Etat for sosiale tjenester. For å sikre faglig- og organisatorisk forankring har Helse Bergen HF Avdeling for rusmedisin (AFR), og CRUX Kalfaret Behandlingscenter deltatt i arbeidet.

Den lokale retningslinjen bygger på nasjonale føringer og generell god praksis rundt målgruppen. Det er spesifikt satt som mål for retningslinjen at den skal omfatte god lokal praksis fra fagfeltet i Bergensregionen.

Arbeidet har vært organisert i flere ulike grupper som har jobbet med strukturelle og faglige spørsmål. Oversikt over grupper og deltakere finnes i kapittel 14.

Retningslinjen kan brukes av både fagpersoner, bruker/pasient og pårørende.

Arbeidsprosess

Arbeidet med den lokale retningslinjen har vært en del av SFU prosjektet (Sømløst Forløp Unge) siden høsten 2015. To samhandlingskoordinatorer har hatt hovedansvaret for arbeidet. Det er gjennomført utstrakt kartlegging av tjenester, tilbud og praksis. Tverrfaglige arbeidsgrupper har arbeidet med tema og områder til retningslinjen, og diskusjoner i gruppene har ledet frem til konkrete anbefalinger. Brukerrepresentanter har vært involvert i både arbeidsgruppene og i det øvrige arbeidet med retningslinjen.

I forbindelse med utarbeidelsen av retningslinjen har det vært arrangert to seminar for fagpersoner fra rusfeltet i Bergensregionen.

Anbefalingenes styrke

Skal, brukes i anbefalinger som er lov- eller regelfestet.

Bør, brukes i anbefalinger som har sterk kunnskapsbasert forankring.

Kan eller **foreslås**, benyttes i anbefalinger som har svakere evidens, men som likevel vurderes hensiktsmessig å følge.

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Innledning..... | 4 |
| 1.1 | Bakgrunn og målsetting..... | 4 |
| 1.2 | Målgruppe | 5 |
| 1.3 | Roller og ansvar | 5 |
| 2 | Recovery: Den unge voksne i sentrum | 7 |
| 3 | Pårørende og nettverk | 11 |
| 4 | Kartlegging og informasjonsflyt..... | 15 |
| 5 | Samhandling rundt ambulerende tilnærming og brukerstyrte innleggelser | 18 |
| 6 | Taushetsplikt og samtykke | 20 |
| 7 | Individuell Plan og ansvarsgrupper | 23 |
| 8 | Kriseplan | 28 |
| 9 | Sømløse forløp og overganger | 30 |
| 9.1 | Fra barnevern til NAV | 30 |
| 9.2 | Henvisning og kontinuitet | 31 |
| 9.3 | ROP-forløp | 32 |
| 10 | Varetekt og soning – en arena for igangsetting av rusbehandling..... | 34 |
| 11 | Kulturelle forskjeller i oppfølging og behandling. | 38 |
| 12 | Liste over anbefalinger | 39 |
| 13 | Referanser | 41 |
| 14 | Oversikt over deltakere: | 43 |
| 15 | Vedlegg..... | 45 |

1 Innledning

Helsedirektoratet definerer kunnskapsbaserte faglige retningslinjer som råd og anbefalinger knyttet til forebygging, diagnostikk, behandling og/eller oppfølging av pasient/bruker. Anbefalingene i de nasjonale retningslinjene bygger på kunnskapsbasert praksis (fig.1).

Fig. 1



En *retningslinje* er i hovedsak mer konkret og rettet mot klinisk praksis enn en *veileder* selv om betegnelsene ofte blir brukt om hverandre. Nasjonale retningslinjer som utarbeides av Helsedirektoratet har et stort nedslagsfelt og er derfor mer generelle i sin utforming enn lokale retningslinjer.

Den lokale retningslinjen for oppfølging av unge voksne med rusmiddelproblemer eller rusmiddel- og psykisk problemer vektlegger forskningsbasert kunnskap der den foreligger, og tilgjengelig erfarings basert kunnskap og brukerkunnskap. Fem tverrfaglige arbeidsgrupper sammensatt av deltakere både fra kommune og spesialisthelsetjeneste har jobbet med ulike tema som omhandles i retningslinjen: *pårørende og nettverk, planarbeid, alternativ til straffegjennomføring og sømløse forløp*.

Gjennom utstrakt kartlegging av lokal praksis, erfaringer fra praksisfeltet og forankring i lovverk, nasjonale veiledere og retningslinjer er det utarbeidet en rekke råd og anbefalinger om hva som er gjeldene beste praksis i arbeidet med unge voksne med rusmiddelproblemer eller rusmiddel- og psykisk problemer.

Retningslinjen skal være et verktøy for den unge voksne, pårørende og fagpersoner i hjelpeapparatet.

1.1 Bakgrunn og målsetting

Bergen kommune v/ Etat for sosiale tjenester og Bergensklinikken fikk i 2014 tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet til et samarbeidsprosjekt rundt unge rusmiddelavhengige, «SFU – Sømløst forløp unge». Bakgrunnen for prosjektet var ønske om å videreutvikle en felles tilnærming og modell for samhandling i oppfølgingen av unge voksne med rusmiddelproblemer der målsettingen er å sikre kontinuitet, helhetlige- og sømløse bruker- og pasientforløp i overgangene mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Den lokale retningslinjen skal være et virkemiddel i det felles arbeidet med å etablere helhetlige- og sømløse bruker- og pasientforløp.

1.2 Målgruppe

Målgruppen for retningslinjen er menn og kvinner i alderen 18-25 år med rusmiddelproblemer eller rusmiddel- og psykiske problemer, heretter omtalt som unge voksne:

- Unge voksne som har kontakt- og oppfølging fra NAV sosialtjenesten (uavhengig av behandlingsløp i spesialisthelsetjenesten)
- Unge voksne som ønsker henvisning til behandling i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB).
- Unge voksne med pasientrettigheter i Helse Bergen/TSB som inkluderer
 - poliklinisk behandling, dagbehandling og ambulerende tilnærming
 - pasienter som venter på døgnbehandlingsplass i TSB
 - pasienter i døgnbehandling, herunder brukerstyrte innleggelse
 - utskrivningsklare pasienter
 - pasienter som avbryter behandling eller utskrives før avtalt tid
- Unge voksne under oppfølging av Kriminalomsorgen

ROP-pasienter

Unge voksne med samtidig rusproblem og psykisk lidelse (ROP) er en sentral del av retningslinjens målgruppe. ROP-pasienter identifiseres både gjennom diagnostiske kriterier i henhold til ICD-10, og gjennom en helhetlig klinisk vurdering. Dette for å sikre at pasienter får oppfylt retten til helsehjelp, selv om tilstandsbildet berører ansvarsområdene til både TSB og Psykisk Helsevern (PHV). Kriterier som ligger til grunn for å vurderes som ROP - pasient:

- Alvorlig rusmiddelavhengighet, og/eller skadelig bruk av rusmiddel
- Alvorlig psykisk lidelse (bipolar lidelse, schizofreni, psykose)
- Mindre alvorlige psykiske lidelser (for eksempel angst, ADHD, PTSD, depresjon, personlighetsforstyrrelser) og samtidig rusmiddelavhengighet inkluderes i ROP definisjonen, forutsatt at hver av de to typer lidelser medfører betydelig funksjonssvikt.

For informasjon om etablering av ROP-forløp se [kapittel 9.1](#).

1.3 Roller og ansvar

Kommunen

I Bergen kommune har NAV sosialtjenesten ansvar for individuell oppfølging og rehabilitering av brukere med rusmiddelproblemer i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven (HOL). Oppfølgingen omhandler råd og veiledning, henvisning til behandling i TSB, oppfølging før, under og etter behandlingsopphold og ansvar for tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige. NAV sosialtjenesten gir også

booppfølgingstjenester til rusmiddelavhengige hjemlet i HOL.

Tverrfaglig spesialisert behandling

Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) har ansvar for behandling av pasienter med rusmiddelproblemer. TSB omfatter akutt behandling, avrusning, utredning og behandling som utøves poliklinisk, ambulerende eller dag- eller døgnenhet. TSB har ansvar for tvangsinnleggelse der personer med rusmiddelavhengighet holdes tilbake, uten eget samtykke (tvang). At tjenestene er tverrfaglige, betyr at de skal utføres av personell med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse.

2 Recovery: Den unge voksne i sentrum

Anbefalinger:

Den unge voksne skal kunne medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses-, behandlings- og oppfølgingsmetoder

Det bør tilrettelegges for at den unge voksne selv får styre sin behandlings- og rehabiliteringsprosess med koordinert bistand

Det bør systematisk og kontinuerlig innhentes tilbakemelding/evaluering av oppfølgingen og behandlingen fra den unge voksne

Den unge voksne skal kunne medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses-, behandlings- og oppfølgingsmetoder

Brukerperspektivet er drivkraften i recoveryorientert praksis. Retningslinjen tar utgangspunkt i unge voksnes egendefinerte behov. Utøvelse av brukermedvirkning og brukerstyring er helt sentralt for en recoveryorientert praksis i arbeid med unge voksne.

Begrunnelse

Den unge voksnes egne valg og prioriteringer er av stor betydning for behandling og oppfølging. Den unge voksne skal gis den informasjonen som er nødvendig for å kunne velge mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses-, behandlings- og oppfølgingsmetoder. Den unge skal selv få velge hvilke tilnærminger som vil passe best han/henne. Tilbudet skreddersys den unge voksne ut fra de valg han eller hun foretar.

Anbefalingen er forankret i *pasient og brukerrettighetsloven §3-1*. Den unge skal gjøres oppmerksom på at han/hun har stor påvirkning på egen behandling, men at det ikke vil være mulig å velge behandlingsnivå (avrusning, poliklinisk-, dag- eller døgnbehandling) i TSB.

Det bør tilrettelegges for at den unge voksne selv får styre sin behandlings- og rehabiliteringsprosess med koordinert bistand

I en recoveryorientert tilnærming vil den unge voksne styre egen endringsprosess der den profesjonelles anerkjennelse og medvirkning er sentrale påvirkningsfaktorer. Den profesjonelle innehar profesjonell ekspertise, og anerkjenner den unge voksne som ekspert i eget liv, på seg selv, sine behov, problemer og ressurser. Recovery i praksis innebærer at den unge voksne erkjenner og opplever seg i stand til å ta ansvar for eget liv, endringsprosess og foretar valg i forhold til hva han/hun mener skal til for å leve ønsket liv. Den profesjonelle må lytte til, og bli veiledet av, den unge voksne og handle i tråd med det den unge voksne formidler.

Begrunnelse

Utgangspunktet er at den unge voksne selv kommer frem til, og formidler, hva som er hans/hennes beste, fremfor at den profesjonelle definerer hva som det beste for den unge voksne. Dette utelukker ikke profesjonelt ansvar og utøvelse av spesifikk ekspertise og kompetanse. Dersom den unge voksne uttrykker at de ikke opplever seg i stand til å ta ansvar for eget liv og endringsprosesser, og at de ikke vet hva de skal gjøre for å komme dit de ønsker, skal den profesjonelle fokusere på dette som et av de

mest sentrale områdene. Dette innebærer at den profesjonelles ekspertise benyttes til å hjelpe den unge voksne til å få tilgang på og/eller etablere autonomi og eierforhold til egen tilfrisknings og endringsprosess. Den profesjonelle skal bistå uten at det utøves en bedrevitende ekspertrolle som forsøker å styre, ta makt og kontroll over den unge voksne uten dennes samtykke. Den unge voksne skal få hjelp til å få oversikt over hva som finnes av muligheter og hva som kan kreves for å komme dit. Det er de profesjonelles ansvar å igangsette riktige intervensjoner og behandling for å hjelpe den unge voksne å komme dit han/hun ønsker. Dette skal ta utgangspunkt i at de unge voksne er eksperter på eget liv og hvordan de ønsker å bli møtt når de viser sine utfordringer.

[Motiverende Intervju](#)

Det er et brukerstyrt valg å selv be om hjelp. Erfaringen tilsier at for mange unge voksne er det andre rundt som «eier» bekymringen, ofte deres pårørende. Dersom kontakten er etablert under press fra eller for å tilfredsstille andre, er det helt essensielt at det jobbes med den unge voksnes eget ønske om endring. Det er viktig at den unge voksne etablerer eierforhold til tiltak. Tiltaket skal være i tråd med den unge voksnes eget ønske og det skal gis den oppfølging som er nødvendig for at den unge voksne skal klare å benytte seg av tilbudet.

[DUE – Der Ungdommen Er.](#)

Hjelper bistår den unge voksne for å komme dit han eller hun vil med sin profesjonelle innsikt, kompetanse og fagutøvelse, og tilpasser utøvelsen etter den enkeltes behov. Det er for eksempel brukerstyring når den unge voksne får anledning å velge mellom

ulike tilgjengelige behandlingsmetoder, f.eks. kognitiv terapi eller medikamentell behandling. Når det brukerstyrte valget er foretatt, skal den unge voksne ha anledning til å medvirke i den profesjonelle utøvelse av tilbudet. For eksempel er utøvelsen av kognitiv terapi eller hensiktsmessig dosering av et preparat de profesjonelles ansvar, men utøvelsen skal kunne påvirkes av den unge voksnes ønsker. Når det er god relasjon mellom den unge voksne og hjelpeutøver, iverksettes brukermedvirkning blant annet gjennom gjensidig anerkjennelse av hverandres kompetanse og ved at bruker vurderer det hensiktsmessig å benytte seg av den profesjonelles ekspertise for å nå sine målsettinger.

I en recoveryorientert praksistilnærming har den unge voksne anledning til å styre sin endringsprosess så langt det lar seg gjøre innen rammeverket. Dette innebærer at selv om ulike systemer lokalt har etablert interne rutiner og prosedyrer for utøvelse av tilbudet, så skal en være villig å se på muligheter fremfor begrensninger når dette interne rammeverket utfordres. Dette innebærer å flytte fokus fra den unge voksne til tjenestens evne og egnethet til å samarbeide med den enkelte i hans/hennes recoveryprosess. Dersom den unge voksnes ønsker kan vurderes som faglig forsvarlig, i tråd med gjeldende lovverk og mulig å gjennomføre med bruk av eksisterende ressurser, skal det etterstrebes å møte den unge voksnes ønsker. Eksempel på dette er brukerstyrt innleggelse, se [kapittel 5](#).

I recoveryorientert praksis skal en stille følgende spørsmål:

Tar det vi tenker å gjøre nå utgangspunkt i den unge voksnes egendefinerte behov?

Det bør systematisk og kontinuerlig innhentes tilbakemelding/evaluering av oppfølgingen og behandlingen fra den unge voksne.

For at den unge voksne skal oppleve kontroll over eget liv, tilknytning til sosiale miljøer og en positiv identitet, er det nødvendig med omgivelser og betingelser som muliggjør det. Det er viktig å få tak i den unge voksnes egenopplevelse.

Begrunnelse

Systematisk innhenting av pasienters evaluering av behandlingen og oppfølgingen, alliansen med ulike profesjonelle og bedringsprosessen sikrer individuell tilpasning og ønsket behandlingsutbytte. Oppfølgingen og behandlingen bør justeres fortløpende med bakgrunn i slike tilbakemeldinger. Det er de profesjonelles ansvar å sikre kontinuerlig tilbakemelding fra den unge voksne. I tråd med Feedback informed treatment (FIT), et feedbackverktøy som blant annet benyttes i TSB, skal organisasjonen og de profesjonelle

tilpasse behandlingen i tråd med den unge voksnes tilbakemelding og etterspørsel. Ut fra den enkeltes mål, ønsker og behov er det viktig å involvere instanser og personer som kan bidra konstruktivt i behandlings-, oppfølgings- og rehabiliteringsprosessen. Recovery handler om at den unge voksne etablerer et meningsfullt og tilfredsstillende liv, slik som han/hun selv definerer det.

I tillegg til involvering av pårørende og nettverk, er andres erfaringskompetanse viktig, blant annet for å opprettholde drømmer og håp. Det bør tilrettelegges for kontakt med brukerorganisasjoner, likemenn og personer med erfaringskompetanse som har erfaring med og er opptatt av de unge voksnes livssituasjon.

Den profesjonelle kan med fordel stille den unge voksne følgende spørsmål gjennom hele recoveryprosessen:

Hvordan innfrir dette tilbudet dine forventninger slik at du får ønsket livskvalitet?

Recovery gjennom arbeid

Individuell jobbstøtte (IPS), også kalt «Jobb først», er et tilbud for å hjelpe mennesker med psykiske og rusrelaterte helseproblemer raskest mulig ut i ordinært arbeid.

Individuell jobbstøtte skiller seg fra de tradisjonelle tjenestene der man tenker at brukerne skal bli friske før de kan begynne å jobbe, mens IPS ser det å jobbe som en integrert del av behandlingen.

Modellen forutsetter et tett samarbeid mellom den unge voksne, jobbspesialist, NAV-veileder og behandler i spesialisthelsetjenesten. Jobbspesialisten har også dialog med arbeidsgiver, etter behov og ønske.

I Bergen er «Jobb først» blitt et etablert tilbud ved flere av behandlingsinstitusjonene. Tilbudet er tilgjengelig både i døgn- og poliklinisk behandling.

8 prinsipper for Individuell jobbstøtte (IPS)

1. Målet er ordinært, lønnet arbeid
2. Deltagelse på bakgrunn av arbeidssøkers eget ønske
3. Individuell jobbstøtte er en integrert del av behandlingen
4. Jobbsøk skjer ut fra deltagerens interesser og ferdigheter
5. Individuelt tilpasset rådgivning om økonomiske ytelser
6. Jobbsøk starter raskt og senest etter 1 måned.
7. Systematisk jobbutvikling ut fra arbeidssøkers preferanser
8. Oppfølgingen er ubegrenset i tid og individuelt tilpasset.

Studier viser at tilnærmingen har god effekt og at dobbelt så mange kommer i arbeid sammenlignet med ordinære arbeidsmarkedstiltak.

3 Pårørende og nettverk

Anbefalinger:

Systematisk kartlegging av nettverk og pårørende bør gjøres tidlig i kontakten med den unge voksne

Pårørende og nettverk bør involveres i oppfølging og behandling etter enighet med den unge voksne

Det bør sikres at hensiktsmessige sosiale nettverk etableres og videreføres

Det foreslås å gjennomføre uformelle alliansetreff mellom den unge voksne, pårørende og hjelper, der informasjon blir utvekslet

Systematisk kartlegging av nettverk og pårørende bør gjøres tidlig i kontakten med den unge voksne

Kartlegging av pårørende og nettverk bør gjøres tidlig i kontakten med den unge voksne. Informasjonen som fremkommer gjennom kartleggingen bør benyttes videre i henvisninger og i utforming av tiltak og oppfølging. Det er behov for jevnlig oppdatering av kartleggingen.

Begrunnelse

Tidlig kartlegging er avgjørende for å identifisere de ressurser og muligheter som befinner seg i den unge voksnes nettverk og blant pårørende. Kartlegging av nettverk kan også avklare om det er behov for å tilføre nye kontakter eller ressurser. Ettersom nettverk og relasjoner naturlig endres over tid er det viktig med en jevnlig oppdatering av kartleggingen.

En grundig kartlegging av pårørende og nettverk i kommunen vil kunne bidra til en

sømløs overgang til behandling i spesialisthelsetjenesten. Informasjon fra denne kartleggingen er med på å danne grunnlaget for henvisninger til behandling i spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av informasjon fra kartleggingen vil det raskere kunne etableres gode samarbeid mellom pasient, pårørende/nettverk og behandlingsapparat. Den instansen som har ansvaret for oppfølging og behandling har også ansvar for at viktig informasjon blir formidlet videre til rette vedkommende og slik følger den unge voksne i forløpet. Dette bør nedtegnes i faste rutiner og prosedyrer.

For å kunne gi likeverdige tilbud er det av betydning at det er samsvarende rutiner og praksis for systematisk kartlegging av pårørende og nettverk i kommunen.

Bergen Kommune har siden 2016 benyttet *Intervensjon Rus*; et helhetlig kartleggingsverktøy hvor blant annet pårørende og nettverk inngår som et eget kartleggingsområde. Dette er et felles kartleggingsverktøy som benyttes i kommunens åtte sosialtjenester.

Pårørende og nettverk bør involveres i oppfølging og behandling etter enighet med den unge voksne

Pårørende og nettverk bør på et tidlig tidspunkt involveres i behandling og oppfølging. Den unge voksne definerer selv hvem som skal være nærmeste pårørende og er selv den som legger premissene for hvilken informasjon som skal deles. Det vil også være anledning for pårørende å delta i utarbeidelse og utøving av Individuell Plan, hvis den unge voksne ønsker dette.

Noen unge voksne kan i perioder oppleve pårørendes involvering som mer problematisk enn hjelpsom. Det er viktig at det er en

løpende dialog med den unge voksne om involvering av pårørende.

Aktiv bruk av **Individuell Plan** fremmer kontinuitet og ansvarliggjøring av involverte instanser.

Kriseplan er et mestringsverktøy for den unge voksne selv, der deler av det sosiale nettverk kan inngå

Begrunnelse

Involvering av pårørende og nettverk kan bidra til redusert rusmiddelbruk, fremme endringsprosesser, samt styrke relasjoner til nære pårørende og familie. For de unge voksne kan brudd i relasjoner til familie og nettverk være nærstående i tid og det kan derfor være lettere å aktivisere disse igjen, med stort utbytte. Pårørende er ofte familiemedlemmer, men kan like gjerne være andre i det nære nettverk. Pårørende og nettverk utgjør en betydelig del av samfunnets samlede innsats på helse- og omsorgsområdet. Det er derfor viktig at denne ressursen også benyttes i behandling av rusmiddelproblemer. Det er imidlertid viktig å understreke at selv om pårørende og nettverk involveres i behandling og oppfølging, må det tydeliggjøres at det er den unge voksne som selv eier sin behandling og tilfriskningsprosess. Ivaretagelse av den unge voksnes integritet og selvråderett er derfor en viktig avveining når det gjelder å involvere personer som tidligere har hatt en makt- eller myndighetsrelasjon overfor den unge voksne.

Pårørende kan ha behov for veiledning for å etablere mer hensiktsmessige måter å kommunisere med den unge om rusmiddelbruk og bekymring.

Støtte og oppfølging til pårørende.

Å ivareta pårørendes egne hjelpebehov er en del av god helhetlig rusbehandling. Både kommunen og Spesialisthelsetjenesten plikter å tilby støtte i form av dialog, samtaler og informasjon. Pårørende til personer med rusproblemer kan også ha rett til behandling i spesialisthelsetjenesten.

Det bør sikres at hensiktsmessige sosiale nettverk etableres og videreføres

Nettverksarbeid bør være et viktig fokusområde gjennom behandling og oppfølging. Ved utskrivelse fra behandling bør den unge voksne ha et sosialt nettverk som kan være en støtte og ressurs, og et fritidstilbud som fremmer opplevelser og mestring.

Begrunnelse

For unge voksne som er i ferd med å etablere seg etter et behandlingsopphold vil et sosialt nettverk ha stor betydning. Fraværet av sosiale nettverk er en sentral faktor som både leder til og opprettholder rusmiddelavhengighet og psykiske problemer. Sosiale nettverk har stor betydning for helse, mestring og livskvalitet. I en tilfriskningsfase vil mobilisering av pårørende, venner og andre kunne gi økt mestring av et problem eller kunne forebygge negativ utvikling. Verdien av sosiale nettverk og de ressursene det innebærer må tydeliggjøres både for den unge voksne og for pårørende.

Langslet etter rusmidler er ikke alltid det tyngste etter behandling, ensomheten kan være verre og selv være en utløsende faktor for tilbakefall til rusmiddelbruk. Deltakelse i fritidsaktiviteter kan være en måte å skape

både tilhørighet og identitet utenfor rusmiljø. Det kan også være en måte å bryte ut av sosial isolasjon og ensomhet. I følge HelseDirektoratet anbefales det at personer med rusmiddelproblemer får bistand fra både kommune og spesialisthelsetjeneste til å etablere varige og stabile nettverk (HelseDirektoratet, 2016¹).

Tidlig igangsetting av arbeidet med å etablere sosiale nettverk i behandling vil sikre mer sømløse overganger til livet utenfor institusjon/behandlingsarena. Det vil også kunne bidra til å motvirke tendensen til skjermende behandlingsopphold og heller fremme en balanse mellom trygg base og trening på hverdagslivets utfordringer.

Erfaringer fra lokale prosjekter viser at arbeidet med sosiale nettverk og meningsfulle aktiviteter bør inngå som en del av den helhetlige behandlingen og ikke være noe som bare skjer etter behandling. Det understrekes også at det gjøres mye arbeid i både kommunen og i spesialisthelsetjenesten med å planlegge tiltak, men at bistanden til å iverksette planene derimot er mangelfulle.

Gjennom tidlig kartlegging, med vekt på interesser og ressurser, kan fokus rettes mot noe som er lystbetont og forbundet med mestring. Ressurskartleggingen kan danne grunnlaget for etablering/reetablering av sosiale nettverk og fritidsaktiviteter.

[Oversikt over aktiviteter og tilbud i Bergen.](#)

Det foreslås å gjennomføre uformelle alliansetreff mellom den unge voksne, pårørende og hjelper, der informasjon blir utvekslet

Det bør tidlig i forløpet rettes fokus mot å bygge en allianse mellom den unge voksne, pårørende og hjelpeapparatet. Dette vil kunne fremme en felles forståelse og en felles vei videre. Uformelle alliansetreff der det formidles informasjon og hvor man kan få svar på spørsmål foreslås som et tiltak.

Begrunnelse

Gode allianser muliggjør at nødvendige samtykker til opphevelse av taushetsplikten raskt kommer på plass slik at samarbeid mellom den unge voksne og de ulike hjelpeinstansene kan etableres. Gode allianser vil også fremme realistiske forventninger til hverandre, rolleavklaring og åpenhet. I veilederen *Sammen om mestring* fremheves behandlingsalliansen som en viktig suksessfaktor i behandling og oppfølging. Pårørende og nettverk bør inngå i en slik allianse. Gjennom å skape felles forståelse av hva det skal arbeides med og hvordan det skal gjøres, vil samarbeidsklimaet mellom den unge voksne, nettverk og hjelper kunne styrkes. Anbefalingen har sin bakgrunn fra en velutprøvd praksis som styrker alliansen mellom den unge voksne, pårørende og behandlingsapparat. Gjennom god og tydelig informasjon styrkes samarbeidet mellom partene. Alliansetreff skiller seg fra andre nettverksmodeller som for eksempel *nettverksmøter* der sistnevnte baserer seg på åpen-dialogmodellen (Open Dialogues in Network meetings).

Nettverksmøter og åpen dialog.

For mer informasjon - [åpen dialog i nettverksmøter](#)

Der alliansetreff starter som uformelle møter med utveksling av informasjon er nettverksmøter i større grad en terapeutisk metode og integrert del av behandlingen. Ved

bruk av alliansetreff vil nettverket, etter den unge voksnes eget ønske, gradvis kunne utvides.

Det som imidlertid skiller denne modellen fra nettverksmøter er at det er den unge voksne, nettverk og behandler som møtes, ikke resten av hjelpeapparatet.

Samtykke til fritak fra taushetsplikt kan være en utfordring og et tema som kan møtes med skepsis fra den unge voksne. Dårlige og konfliktfylte erfaringer fra autoriteter i skole, barnevern etc. kombinert med mangelfull informasjon om hva samtykket skal brukes til og hva det innebærer, kan medføre usikkerhet hos den unge voksne. Erfaringer fra praksisfeltet viser at uformelle treff der informasjon utveksles er med på å trygge den unge voksne og pårørende, samt gi den nødvendige kompetansen det kreves for å gi et informert samtykke. Se kapittel 6 for mer informasjon om [taushetsplikt og samtykke](#).

Unge voksne kan være i en fase der løsrivelse og selvstendigjøring kan avstedkomme en betydelig ambivalens i forhold til å være åpne om sine rusmiddelproblemer til sine foreldre eller nærmeste familie. Det er derfor viktig at den unge voksne gjøres trygg på at det ikke deles informasjon utover det som er avtalt, og at denne informasjonen også kan gis gradvis etter hvert som alliansen styrkes.

I et langsiktig perspektiv vil involvering av pårørende og nettverk være en god investering. I veilederen *Pårørende – en ressurs* pekes det på undersøkelser som viser at involvering av pårørende kan redusere faren for tilbakefall, føre til færre symptomer, bedre sosial fungering og gi økt opplevelse av mestring og tilfredshet hos både den unge voksne og de pårørende. Dette kan igjen gi ønskete effekter som færre innleggelses og mindre behov for medisiner og bruk av tvang. God ivaretagelse av nettverket vil også kunne

forhindre nye brukere av helsetjenester (Helsedirektoratet, 2008).

Gjennomføring av alliansetreff

I sosialtjenesten bør første treff holdes så tidlig som mulig når kontakt er etablert og den unge voksne selv er klar for det. Ved oppstart i poliklinikk eller døgntilrettelagt behandling i spesialisthelsetjenesten er det hensiktsmessig å involvere pårørende i form av et alliansetreff tidlig i behandlingsforløpet. Første møtet kan ta form som en uformell samling der det utveksles gjensidig informasjon uten at pasientens egen lidelse eller sykdomshistorie blir hovedtema. I oppfølging og behandling vil begrensninger i tid og ressurser kunne oppleves som et hinder for et tilstrekkelig nettverk- og pårørendefokus. De ressursene som befinner seg i den unge voksnes nettverk kan på sikt avhjelpe med en rekke oppgaver som ellers ville tilfalt behandler; for eksempel personlig økonomi, bolig og fritid.

I samråd med den unge voksne kan det, etter hvert, være aktuelt å utvide møtene til å inkludere større deler av det sosiale nettverket.

4 Kartlegging og informasjonsflyt

Anbefaling:

Det bør sikres kartlegging av den unge voksnes rusproblematikk tidlig i forløpet

Kartlegging og utredning bør ha et helhetlig perspektiv

Hjelpeapparatet bør sikre at involverte parter har nødvendig informasjon for å bistå den unge voksne og samtidig unngå dobbelkartlegging

Det bør sikres kartlegging av den unge voksnes rusproblematikk tidlig i forløpet

I møte med unge voksne bør hjelpeapparatet sikre informasjon og kunnskap om den unges mange livsområder. Dette gjøres for å sikre tilstrekkelig informasjon til å kunne tilby oppfølging og nødvendig helsehjelp. Det er viktig å avklare med den unge voksne:

- Hvorfor kartlegge?
- Hva skal kartlegges?
- Hva skal informasjonen brukes til?
- Hvem skal ha tilgang til informasjonen?

Begrunnelse

Sosialtjenesten bør gjennomføre samtaler og kartlegging sammen med den unge voksne for å få nødvendig kjennskap til rusmiddelbruken. God informasjon om den unge voksnes livssituasjon er nødvendig for kunne henvise videre til spesialisthelsetjenesten for rusbehandling. Det er viktig å møte unge voksne med en helhetlig tilnærming. De har ofte utfordringer som strekker seg utover selve bruken av rusmidler. Det er derfor hensiktsmessig å kartlegge flere livsområder

for å få et helhetlig bilde av den unges hjelpebehov.

NAV sosialtjenesten i Bergen kommune benytter verktøyet *Intervensjon Rus* som er et helhetlig ruskartleggingsverktøy.

På www.snakkomrus.no er flere verktøy beskrevet.

Det finnes ytterligere informasjon om kartlegging i de nasjonale faglige retningslinjene.

Spesialisthelsetjenesten bør gjennomføre nødvendige screening og kartlegginger i samarbeid med den unge voksne for å sikre at den unge får riktig helsehjelp for sine rusproblemer. Kartlegging gjøres på bakgrunn av den unges ønsker, faglige vurderinger i spesialisthelsetjenesten og de problemområder som beskrives i henvisningen fra kommunen.

Den som gjennomfører en kartlegging må gi god informasjon om formålet med kartleggingen. For at en kartlegging ikke skal føles overveldende og for krevende for den unge, kan den deles opp over flere samtaler. Sosialtjenestenes kartleggingsverktøy Intervensjon Rus er eksempel på et kartleggingsverktøy som dekker mange livsområder og kan deles opp slik at det kartlegges et tema om gangen.

Det har vært ulik praksis i Bergen rundt kartlegging av de unge. Kartleggingen har basert seg på ulike erfaringer og foretrukne praksis. Det er et nasjonalt satsingsområde å etablere en likere praksis for å sikre at relevant informasjon blir innhentet ved de ulike sosialtjenestene og spesialisthelsetjenesten.

I ROP retningslinjen finner man oversikt over hvilke ansvar man har for kartlegging i kommunen, i TSB og i Psykisk helsevern.

Kartlegging og utredning bør ha et helhetlig perspektiv.

For mange unge voksne er det sammenheng mellom deres rusmiddelproblematikk og andre livsutfordringer. Ved kartlegging av rusproblemer er det viktig å ha en helhetlig tilnærming der den unge voksnes forskjellige livsområder kartlegges.

Begrunnelse

Helhetlig kartlegging og utredning bør omfatte kognisjon, psykisk helse, somatisk helse samt sosial situasjon og funksjonsnivå.

Når man har dannet et helhetlig bilde av den unge voksnes utfordringer og livssituasjon kan dette være grunnlaget for videre utredning og behandlingsprosess.

[Kartlegging og utredning i rusbehandling.](#)

Viktige andre områder å kartlegge:

- Ønske om endring
- Bolig
- Fysisk helse
- Psykisk helse
- Tannhelse
- Økonomi
- Familie og nettverk
- Jobb/skole/dagtilbud
- Barn og søsken under 18 år
- Tidligere behandlingserfaring

Hjelpeapparatet bør sikre at involverte parter har nødvendig informasjon for å bistå den unge voksne og samtidig unngå dobbelkartlegging

For å sikre riktig helsehjelp må enhver som er involvert i et behandlingsforløp sikre samtykke til å videreformidle eller innhente relevant informasjon og opplysninger om den unge voksne.

Begrunnelse

Når det er klart at den unge voksne ønsker rusbehandling kan informasjonen som er fremkommet under kartleggingen benyttes i henvisningen for å beskrive og dokumentere problematikken. Det er imidlertid viktig å være bevisst at det ikke sendes videre råmaterial fra en kartlegging, men at informasjonen fra kartleggingen bearbejdes og oppsummeres før det sendes videre.

Det er viktig at sosialtjenesten formidler videre den informasjonen som TSB trenger for å vurdere pasientrettigheter og behandlingsbehov. Avdeling for rusmedisin, Helse Bergen, har utarbeidet en mal for henvisning til rushelsetjenesten som gir en beskrivelse av informasjon AFR ønsker for å gjøre sine vurderinger. For at sosialtjenesten skal kunne sende denne informasjonen krever det et samtykke fra den unge voksne. For mer informasjon se kapittel 6. om [Taushetsplikt og samtykke](#).

Når en ung voksen settes i kontakt med en ny instans eller behandler, kan med fordel en hjelpeperson som kjenner den unge voksne delta sammen med den unge voksne på første møtet, for på denne måten å være en støtte og sikre god informasjonsflyt.

[Henvisningsmal](#) fra Helse Bergen,
Avdeling for Rusmedisin

Når det er flere instanser involvert i et forløp, kan de ulike hjelperne ha ulik relasjon til den unge voksne. Hjelperne vil treffe den unge voksne i forskjellige kontekster der det vil være ulike rammer rundt samtalen som for eksempel hos psykolog eller hos saksbehandler i sosialtjenesten. Disse variasjonene kan påvirke dialogen og man kan få ulik informasjon fra den unge.

Dette, sammen med kartleggingene som utføres, gjør at man kan få informasjon som er unik og som kan være relevant for andre involverte i forløpet. Som hjelper bør man være bevisst på at man har en kunnskap om den unge voksne som kan være relevant for andre involverte instanser. Før informasjonen sendes videre er det viktig å merke seg at informasjonen tilhører den unge voksne, ikke hjelpeinstansene. Hjelpeapparatet må ta ansvar for å sikre at den unge voksne er informert om hva som er nedfelt skriftlig og gir samtykke til at informasjonen deles.

Samhandling på tvers av tjenestestedene sikrer et bedre og mer helhetlig tilbud for den unge voksne. Ved behandling og oppfølging av unge voksne med rusproblemer er det avgjørende at de involverte tjenestene har tett dialog med hverandre.

God informasjonsflyt motvirker dobbelkartlegging

Unge voksne med rusmiddelproblematikk gjennomgår som regel en rekke kartlegginger i sin kontakt med ulike instanser som barnevern, sosialtjeneste, TSB og andre. Kommunens ansvar for kartlegging fremgår av samhandlingsreformen og anbefalingene i [ROP-retningslinjen kapittel. 8.3. Kartlegging i](#)

spesialisthelsetjenesten skal bygge på og utfylle kartleggingen i kommunen.

Erfaringer fra personer med brukererfaring og fra praksisfeltet viser at kartlegging ofte oppleves som gjentakelser av tidligere kartlegginger. Det er mange av de samme temaene som blir kartlagt om og om igjen. Dette kan skape frustrasjon, misnøye og motstand hos den som kartlegges, i tillegg til at det kan gi en opplevelse av at man ikke kommer videre ved å ha fokus på de samme temaene gjentatte ganger. Det er ønskelig å begrense dobbelkartlegging for å motvirke dette. Det er derfor viktig at instansene i hjelpeapparatet er nøye med å dokumentere det de selv har kartlagt, at de leser de dokumentene som følger pasienten og etterspør mulighet for å innhente informasjon der det er aktuelt.

Når informasjon er innhentet er det viktig å kontrollere at informasjonen er korrekt sammen med den unge voksne. Her kan det være hensiktsmessig å stille spørsmål som: «Er det slik du opplever at det er? Er det noe som har endret seg?»

For å unngå at de unge voksne skal gjennomgå kartlegging av samme tema gjentatte ganger, er det viktig at involverte tjenester har dialog slik at man kan dele innhentet informasjon framfor å utsette noen for unødvendig kartlegging. Dette forutsetter samtykke fra den unge.

Kartleggingsresultater er ikke statisk og det vil være behov for å vurdere sammen med den unge voksne når en kartlegging bør oppdateres.

5 Samhandling rundt ambulerende tilnærming og brukerstyrte innleggelser

Anbefalinger:

Ambulerende tilnærming foreslås for å nå unge voksne

Det bør vurderes å tilby unge voksne avtale om brukerstyrt innleggelse

Ambulerende tilnærming foreslås for å nå unge voksne

Ambulerende tilnærming betegner en fleksibel og utadrettet virksomhet som er spesielt hensiktsmessig i overgangsfasene: før, under og etter behandling.

For å styrke den helhetlige oppfølgingen foreslås det å samarbeide rundt ambulerende oppfølging. Her vil oppsøkende virksomhet på tvers av nivåer og etater kunne trygge den unge voksne samt senke terskelen for å møte hjelpeapparatet.

Begrunnelse

I arbeidet med unge voksne med rusmiddelproblemer fremheves ambulerende tilnærminger som særlig gode tiltak. Ambulerende eller oppsøkende kontakt kan hjelpe den unge voksne i en fase hvor det er stor risiko for uteblivelse ved behandlingsstart eller frafall fra behandling. Anbefalingen har bred faglig støtte og studier viser at oppsøkende virksomhet har god effekt, blant annet i form av lavere forbruk av døgnopphold, at færre mister kontakt med helsetjenestene og en bedring av livskvalitet (Dieterich M et.al 2010)

Samarbeid rundt felles ambulerende oppfølging

Felles ambulerende oppfølging muliggjør at tjenestene sammen kan dra nytte av hverandres ressurser og kunnskaper og dermed yte et bedre tilbud til den unge voksne. Felles ambulerende oppfølging er ikke å betrakte som et tiltak som krever ekstra ressurser, men en fremheving av god praksis for samhandling rundt den enkelte unge voksne.

Unge med rusmiddelavhengighet er sårbare og kan ha høy terskel for å møte til for eksempel poliklinikk, behandlingsforberedende møte etc. Ved felles ambulerende tilnærming vil det dras nytte av at en av tjenestene allerede har en relasjon med den unge voksne og dermed kan trygge overgangen til noe nytt og ukjent. Felles ambulerende oppfølging vil også gi rom for en mer fleksibel tilnærming hvor den unges behov lettere vil kunne adresseres.

Felles ambulerende oppfølging vil kunne bidra til styrket samhandling. Det er en god måte å bli bedre kjent på tvers av tjenestene, øke kunnskapen om hverandre samt etablere nye samhandlingslinjer.

Når kan felles ambulerende oppfølging være nyttig?

Felles ambulerende oppfølging kan være hensiktsmessig i alle overganger den unge voksne opplever i kontakt med hjelpeapparatet. Eksempelvis vil felles ambulerende oppfølging være en viktig støtte når den unge voksne har fått døgnplass i TSB men det fremdeles er en stund til behandlingsstart. Dette kan være en turbulent fase hvor noen erfarer tiltagende rusmiddelbruk. Det kan også oppleves som skremmende å skulle starte behandling for første gang. Dette kan for eksempel resultere i manglende oppmøte til behandlingsstart.

Felles ambulerende oppfølging kan for eksempel ta form som et møte hvor både veileder fra sosialtjenesten og behandler fra spesialisthelsetjenesten sammen oppsøker den unge voksne på hans/hennes premisser og arenaer. Felles ambulerende tilnærming vil kunne bidra til å bygge ned barrierer og føre til en mykere overgang til spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra andre steder i landet viser at oppsøkende virksomhet på den unge voksnes egen arena er med på å bygge ned terskelen inn til spesialisthelsetjenesten samt redusere myter om behandling.

Ved risiko for, og ved behandlingsavbrudd, vil felles ambulerende oppfølging kunne trygge og hjelpe den unge voksne til å gjenoppta behandling. En felles tilnærming i en kritisk fase vil kunne ansvarliggjøre hjelpeapparat og sikre bedre oppfølging og samhandling.

Felles ambulerende oppfølging har også en viktig funksjon ved og etter utskriving fra behandling i TSB. Tiden etter utskriving er en kritisk fase hvor oppfølging er spesielt viktig. En av de største utfordringene for den unge voksne etter utskrivelse fra behandling er ensomhet og mangel på sosiale nettverk. Felles ambulerende oppfølging vil i denne fasen sikre tilstedeværelse og trygghet for den unge voksne. I denne fasen er det ikke nødvendig at både TSB og sosialtjenesten ambulerer samtidig, men at det samarbeides om oppfølging og om en god overgang til hverdagslivet. Denne oppfølgingen kan for eksempel være å følge den unge voksne til fritidstilbud, trening eller ulike selvhjelpstilbud.

Det bør vurderes å tilby unge voksne avtale om brukerstyrt innleggelse

Brukerstyrt innleggelse er et tiltak som skal forhindre tilbakefall til bruk av rusmidler i

vanskelige situasjoner eller kriser.

Brukerstyrte innleggelse kan gis som tilbud til unge voksne som har vært i behandlingsopplegg over en viss tid og hvor det er hensiktsmessig med kortere opphold ved døgninstitusjon. Tiltakets målsetning er blant annet å bedre livssituasjonen og levekårene for de unge voksne gjennom å skape stabilitet, kontinuitet og forutsigbarhet. Brukerstyrt innleggelse er en avtale som inngås mellom den unge voksne og behandlingsinstitusjon. Avtalens varighet varierer mellom 6-12 måneder. Etter inngått avtale skal den unge voksne raskt få tilgang til en brukerstyrt seng når han/hun selv vurderer at behovet er tilstede.

Begrunnelse

Brukerstyrte innleggelse gir den unge voksne større fleksibilitet, innflytelse og ansvar. Det kan også bidra til økt selvinnsett, mestringsfølelse og medbestemmelse over egen livssituasjon.

Å finne en behandlingsmodell som når alle pasienter har vist seg vanskelig. Tradisjonell langtidssammenhengende behandling er ikke fleksibelt nok til å passe alle i målgruppen. For denne gruppen vil det være mer hensiktsmessig å tilby fleksibel og rask tilgang til senger i døgnbehandling for å forebygge økt rusmiddelbruk og dårligere psykisk og fysisk helse. Å vite at det er kort vei inn til en brukerstyrt seng vil kunne skape trygghet både for den unge voksne og pårørende.

Praktisk

For å disponere brukerstyrt seng er det vanlig at det inngås en kontrakt mellom den unge voksne og behandlingssted. I kontrakten bør det fremgå hva som er innholdet i brukerstyrt innleggelse samt varighet og rammer for oppholdet.

6 Taushetsplikt og samtykke

Anbefalinger:

I samarbeid rundt behandling og oppfølging bør samtykke til fritak fra taushetsplikten avklares

Ved oppstart av Individuell Plan og ansvarsgruppe foreslås det å benytte felles samtykkeskjema

I samarbeid rundt behandling og oppfølging bør samtykke til fritak fra taushetsplikten avklares

Det bør jobbes målrettet tidlig i forløpet med å etablere gode tillitsforhold mellom den unge voksne, pårørende og behandlingsapparat. Gode allianser legger grunnlaget for at samtykke til informasjon, som er nødvendig for en god behandling, kan innhentes og deles. Det er viktig at det fremgår av samtykket om det gjelder opplysninger generelt, eller om den unge voksne ønsker noen konkrete begrensninger. Det bør også framkomme i samtykket hvilke tidsperiode det er gjeldende for. Innhenting av informert samtykke kan ta tid, det bør derfor anses som en prosess heller enn en engangshendelse.

Begrunnelse

I samarbeid på tvers av tjenester og nivåer er det viktig med en felles forståelse av hvordan lover om taushetsplikt praktiseres. Taushetsplikten er til for å ivareta og verne om den unge voksnes privatliv og integritet. Bak reglene om taushetsplikt ligger også et ønske om å opprettholde tillitsforholdet mellom den unge voksne og dem som mottar de personsensitive opplysningene. Taushetsbelagte opplysninger kan bare videreformidles når den opplysningene gjelder har samtykket eller når det er gitt unntak i lov. Den unge voksne kan samtykke til at

tjenesteyter utleverer opplysninger om personlige eller andre helsemessige forhold til andre. Taushetsplikten skal ikke betraktes som begrensning eller være til hinder for godt samarbeid. I stedet bør innsatsen rettes mot god informasjon og dialog slik at innhenting av samtykke for fritak fra taushetsplikten er både kvalifisert og informert.

Det bør tydeliggjøres at en forutsetning for god behandling nettopp er samarbeid, åpenhet og dialog.

Informert samtykke

For at et samtykke skal være gyldig, må det gis tilstrekkelig informasjon om hva samtykket vil innebære. Ved innhenting av samtykke må det avklares med den unge voksne hvilke opplysninger samtykket omhandler og hvem opplysningene kan gis til. For at et samtykke skal være gyldig må det være et reelt *informert samtykke*. I tillegg til å gi tilstrekkelig informasjon må det bekreftes at den unge voksne har forstått informasjonen. Det må også gis informasjon om videre bruk av opplysningene og hvilke konsekvenser det kan få for den unge voksne. Bestemmelsene om opphevelse av taushetsplikten er blant annet hjemlet i [Forvaltningsloven § 13 a nr.1](#), og [Helsepersonelloven § 22](#) første ledd.

Utforming av samtykke.

Både muntlig og skriftlig samtykke er juridisk bindende. For å unngå misforståelser og mulige konflikter bør likevel samtykket utformes skriftlig så langt det er mulig. I akutte tilfeller der det haster å få samtykke kan muntlig samtykke benyttes. Det er da viktig å dokumentere skriftlig eller journalføre at samtykket er gitt.

Som tjenesteyter med ansvar for mange brukere og pasienter vil det være nyttig med standard samtykkeskjema. Som et minimum bør slike samtykkeskjema inneholde:

- Bakgrunn for at samtykket er innhentet
- Hvilken informasjon skal deles
- Hvem skal opplysningene gis til
- Tidsperiode samtykke er gyldig.

Ved oppstart av Individuell Plan og ansvarsgruppe foreslås det å benytte felles samtykkeskjema

I tverrfaglige samarbeid vil et felles samtykkeskjema kunne sikre at nødvendig informasjon når frem til deltakerne i en Individuell Plan eller en ansvarsgruppe. Bruk av felles samtykkeskjema betinger et grundig informasjonsarbeid overfor den unge voksne. Kravet til formidling av informasjon kan være mer omfattende ved bruk av felles skjema. Spørsmål om hva informasjonen skal brukes til og hvem som skal kunne gis til vil derimot ikke nødvendigvis skille seg fra enkeltsamtykkene. Det bør imidlertid forklares hvilke konsekvenser deling av informasjon kan medføre for de ulike aktuelle instansene. Den unge voksne må også orienteres om at hele

eller deler av samtykket når som helst kan trekkes eller endres.

Mal for felles samtykkeskjema. Se kapittel 15. [Vedlegg](#).

Begrunnelse

Bruk av felles samtykkeskjema er med på å sikre kontinuitet i samarbeid rundt oppfølging og behandling. Felles samtykkeskjema vil også gjøre det mer oversiktlig for den unge voksne.

Deling av opplysninger til samarbeidende helsepersonell.

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende *helsepersonell* når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp (Helsepersonell - loven §25). Reglementet for dette er likt når gjelder somatisk-, psykisk- eller rusmiddelproblematikk. Det gjelder på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå. Det er imidlertid viktig at slike unntak fra taushetsplikten gjennomgår nøye overveielser.

Opplysningsplikt

I noen tilfeller har tjenesteyter, uavhengig av taushetsplikt, plikt til å informere andre instanser uten den unge voksnes samtykke:

- Ved fare for alvorlig skade på person eller eiendom
- Rusmiddelbruk under graviditet
- Bekymring for barns omsorgssituasjon
- Opplysninger i forbindelse med førerkort (gjelder for lege og psykolog)
- Ved manglende samtykkekompetanse og dersom forholdene tilsier det skal nærmeste pårørende ha informasjon om den unge voksnes helsetilstand.

([Lov om pasient- og brukerrettigheter §3-3](#)).

7 Individuell Plan og ansvarsgrupper

Anbefalinger:

Hjelpeapparatet skal sørge for at det utarbeides en Individuell Plan sammen med den unge voksne

Ansvarsgruppen bør benyttes som arena for oppfølging av Individuell Plan

Valg av koordinator bør gjøres i samråd med den unge voksne, og bør gis en hjelper som har god relasjon og jevnlig kontakt med den unge voksne

Tjenesteyterne bør ha klare rutiner for utarbeidelse og oppfølging av Individuell Plan

Hjelpeapparatet skal sørge for at det utarbeides en Individuell Plan sammen med den unge voksne

Individuell Plan skal sikre den unge voksnes innflytelse samtidig som den avklarer og tydeliggjør ansvar. Formålet er å sikre helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tilbud for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Individuell Plan er en overordnet og generell plan som samler trådene og sikrer helhetlig oppfølging. Individuell Plan er den unge voksnes egen plan og verktøy men vil også være både arbeidsbesparende og effektivt for hjelpeapparatet.

Begrunnelse

Et av formålene med Individuell Plan er å sikre unge voksne, med behov for langvarige og koordinerte tjenester, innflytelse og styring over egen tilfriskningsprosess. Med økt innflytelse og styring over eget liv følger også at den unge voksne får mulighet til å ta mer

Kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for Individuell Plan er beskrevet i flere ulike lover og forskrifter.

I Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator står det:

§18 Ansvar for å utarbeide Individuell Plan

"Kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetaket har plikt til å sørge for at Individuell Plan etter § 1 utarbeides for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1](#), [spesialisthelsetjenesteloven § 2-5](#) og [psykisk helsevernloven § 4-1](#).

Ansvar for individuell plan er også beskrevet i [Sosiltjenesteloven § 28](#), og [NAV-loven § 15](#).

ansvar. Individuell Plan skal ikke utarbeides uten samtykke til opphevelse av taushetsplikten. For å kunne samtykke (informert samtykke), forutsettes det at den unge voksne er samtykkekompetent og tilstrekkelig informert om hva Individuell Plan er og hvilke muligheter den kan gi. Det er derfor viktig at hjelpeapparatet har nok kunnskap og tro på Individuell Plan som overordnet verktøy for samhandling. Den unge voksne er hovedaktør i arbeidet og er den som avgjør hvem som skal delta i planarbeidet, hvilke opplysninger som skal deles og eventuelt hvilke opplysninger som ikke skal deles. Ved valg av koordinator skal det legges stor vekt på den unge voksnes ønske. Samtykket til oppheving av taushetsplikt ved Individuell Plan kan når som helst trekkes tilbake.

Individuell Plan i praksis

Individuell Plan skal være en integrert del av praksisen både i sosialtjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Ved igangsetting av Individuell Plan er det sentralt at den unge voksne blir inkludert i arbeidet. Det bør imidlertid unngås at spørsmålet om hvor vidt man skal ha Individuell Plan blir redusert til et ja/nei spørsmål. Det hjelpeapparatets plikt å sørge for at det utarbeides Individuell Plan (Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5).

Det er kommunen som har det overordnede ansvaret for Individuell Plan. Det er ikke ensbetydende med at igangsetting og koordinering av IP skal utføres i kommunen dersom annen instans har langvarig og tett kontakt med den unge voksne. Om den unge voksne starter behandling i spesialisthelsetjenesten uten at det er utarbeidet Individuell Plan, er det spesialisthelsetjenestens ansvar å igangsette arbeidet med Individuell Plan (Helsedirektoratet, 2016). Med utgangspunkt i regelverket er altså ansvaret for Individuell Plan delt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dette krever dialog og tydelig ansvarsfordeling slik at den unge voksne får sine rettigheter oppfylt.

Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til vedkommendes etniske, kulturelle og språklige forutsetninger.

Riktig bruk av Individuell Plan vil lette arbeidsmengden for alle parter og gjøre hverdagen mer forutsigbar for både den unge voksne og hjelper.

Formål med Individuell Plan

- Sikre helhetlig, koordinert og tilpasset tjenestetilbud
- Sikre og styrke den unge voksnes innflytelse
- Styrke samhandlingen mellom den unge voksne, tjenestene og pårørende.
- Styrke samhandlingen mellom tjenestene på tvers av fag, nivåer og sektorer.
- Bidra til systematikk og kvalitet.

Hvordan igangsette Individuell Plan

Tilbakemeldinger både fra brukerstemmer og fra praksisfeltet viser at Individuell Plan-maler i papirform kan virke mot sin hensikt og vanskelig være forenlig med idealer om brukerinnflytelse. Det kan være hensiktsmessig at utarbeidelsen av Individuell Plan gjøres på en muntlig og drøftende måte.

Det å oppleve seg lyttet til og å ha reell innflytelse på utarbeidelsen av Individuell Plan er avgjørende for om man skal lykkes med planen. For en ung voksen er det viktig at dette ansvaret ikke blir for overveldende. Dette er en viktig balanse som den unge voksne og tjenesteyter må forhandle seg frem til via god dialog. I det ligger også betydningen av felles språk, gjensidighet og forståelse.

For mange av de unge voksne vil det være svært omfattende å utarbeide hele den individuelle planen på en gang. Arbeidet med Individuell Plan kan starte forsiktig. Det er tilstrekkelig å starte med å føre inn personalia, andre aktuelle deltakere i planen og gjerne noen generelle mål. For å fremme Individuell Plan som et arbeidsverktøy kan det være nyttig å starte arbeidet med planen allerede ved første møtet i ansvarsgruppen. Videre bør den individuelle planen videreutvikles og

revideres ved hvert ansvarsgruppemøte. Slik sikres det at dokumentet holdes levende og har relevans.

Utarbeidelse av Individuell Plan over tid vil kunne gjøre det lettere å igangsette arbeidet med planen. En individuelt tilpasset utarbeidelsesprosess vil være i tråd med Recovery orientert praksis og vil kunne styrke den unge voksnes grad av deltakelse og innflytelse.

Ansvarsgruppen bør benyttes som arena for utarbeidelse og oppfølging av Individuell Plan

Ved å bruke punktene i en Individuell Plan som sakliste og møtereferat for møtene i ansvarsgruppen vil det kunne sikres både oppstart og videre bruk av Individuell Plan.

Begrunnelse

Mange av de unge voksne med behov for koordinerte tjenester har en ansvarsgruppe, men mangler en aktiv Individuell Plan. Praksisfeltet beskriver ansvarsgruppemøtene som en arena som kan brukes bedre og mer effektivt. Ved å ha gode rutiner for sende ut sakliste, klar fordeling av oppgaver i møtene og gode referat i etterkant vil ansvarsgruppemøtene kunne bli bedre forberedt og bedre fulgt opp mellom møtene. Ved å bruke ansvarsgruppen som arena for igangsetting og oppdatering av Individuell Plan vil det også hindre at Individuell Plan blir et «sovende dokument». Erfaringer fra praksisfeltet fremhever at det er spesielt nyttig å anvende Individuell Plan som styrende dokument i ansvarsgruppene, noe som også ytterligere vil fremheve Individuell Plans bruksverdi.

Individuell Plan skal inneholde følgende punkter:

- a) Oversikt over ressurser og behov
- b) Deltakere i planen
- c) Hvem er koordinator
- d) Hva skal de forskjellige deltakerne bidra med?
- e) Oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse
- f) Beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres
- g) Angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen
- h) Samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- i) Oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater

Koordinatorrollen bør gis en hjelper som har god relasjon og jevnlig kontakt med den unge voksne. Valg av koordinator bør gjøres i samråd med den unge voksne.

Unge voksne med rusmiddelavhengighet og behov for koordinerte tjenester bør ha en koordinator. Koordinators viktigste oppgave er å sikre kontinuitet og helhet i forløpet. En koordinator bør ha tett dialog og hyppig kontakt med den unge voksne. For å sikre tett dialog foreslås det at koordinatorrollen fylles av en hjelper som står nært i den aktuelle

fasen i forløpet. Avgjørelsen om hvem som skal være koordinator bør tas i dialog med den unge voksne.

Begrunnelse

Kontinuitet og forutsigbarhet er viktige målsetninger i arbeidet med Individuell Plan. Ved å la koordinator følge den unge voksne gjennom behandlingsforløpet vil man kunne oppnå tettere og mer effektiv samhandling. Oppstart av Individuell Plan bør kunne gjøres uten at det først må tilknyttes koordinator fra kommunen. Det vil kunne oppleves tryggere og mer forutsigbart for den unge voksne at koordinator er en nøkkelperson med oppdatert kjennskap til den unge voksnes endringsprosesser.

Det er avgjørende at koordinator har nærhet til den unge voksnes liv og hverdag. Dette oppnås best i de tilfeller det er en god og tett relasjon mellom koordinator og den unge voksne; slik som for eksempel mellom behandler og pasient i et lengre behandlingsforløp.

Rollen som koordinator bør altså være plassert i den delen av behandlingsapparatet som står nærmest den unge voksnes livsfase. Ved overgang til ny koordinator må det sikres en tilstrekkelig overlapping av ansvar og oppgaver.

Tjenesteyterne bør ha klare rutiner for utarbeidelse og oppfølging av Individuell Plan

For å sikre et mest mulig likeverdig tjenestetilbud er det viktig at det foreligger klare prosedyrer og rutiner for utarbeidelse og oppdatering av Individuell Plan.

Begrunnelse

I arbeidet med Individuell Plan vil rutiner og prosedyrer kunne bidra til forbedret praksis. For at en prosedyre skal bli fulgt er det

avgjørende at det informeres tilstrekkelig om prosedyrens hensikt.

Individuell Plan kan beskrives både som et verktøy, i form av et planleggingsdokument, og som en strukturert samarbeidsprosess. Planen skal oppdateres kontinuerlig og være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet. Gjennom aktiv bruk av Individuell Plan, sammen med den unge, vil arbeidet rundt ønsker og behov systematiseres. I tillegg til å forene praksis rundt planarbeid vil Individuell Plan også være et kvalitetskjenne tegn på profesjonelt arbeid; systematisk, målrettet og effektivt.

En tydelig fremgangsmåte for utarbeidelse og oppdatering av Individuell Plan vil gjøre arbeidshverdagen enklere for den enkelte ansatte, gi større forutsigbarhet for den unge voksne samt styrke kvaliteten i tjenestene.

Ansvarsgruppemøtet

- Den unge voksne er hovedperson i ansvarsgruppen
- Dersom det finnes Individuell Plan, bør den brukes i møtene slik at mål og aktiviteter fungerer som saksliste for det som skal drøftes i møtet. Individuell Plan endres i tråd med det som er kommet fram i ansvarsgruppemøtet. Hvis det ikke er utarbeidet Individuell Plan bør dette arbeidet startes ved første ansvarsgruppemøte
- Individuell Plan kan med fordel tjene som saksliste til ansvarsgruppemøtet
- Den enkelte aktør i ansvarsgruppen må tydeliggjøre hva de kan bistå med på det nåværende tidspunkt og ved fremtidige behov. Det bør komme tydelig frem hvordan den unge voksne kan gjøre nytte av ressursene som befinner seg i ansvarsgruppen
- Unngå unødvendig bruk av fagspråk. Fagspråk kan virke ekskluderende og bidra til å tydeliggjøre utenforskap. Unngå allianser i ansvarsgruppemøtet som kan skape konflikter. Målsetningen bør være å finne en felles retning

8 Kriseplan

Anbefaling:

Kriseplan bør utarbeides tidlig i forløpet i samarbeid med den unge

En kriseplan er en plan som beskriver mestringsstrategier den unge voksne kan benytte i vanskelig situasjoner. Kriseplanen er også et verktøy for hjelpeapparatet der den unge voksnes erfaringer og ønsker fremkommer og gir direkte innflytelse på hvilke tilbud som bør gis i kritiske situasjoner. For at en kriseplan skal fungere er det viktig at den unge voksne har eierskap til den og at planen er tilgjengelig for dem som møter vedkommende i en kritisk situasjon.

Begrunnelse

Kriseplan er et hjelpemiddel som sikrer brukermedvirkning og begrenser tap av selvstyring når kritiske situasjoner oppstår. I følge Mike Slade (2015) vil en Recovery orientert tilnærming til kriser ha til hensikt å forebygge unødvendige kriser, begrense tapet av personlig ansvar under en krise samt støtte identitet under og etter krisen. Kriseplan er et sentralt og viktig redskap for å forebygge frafall i behandlingen (drop out), manglende oppmøte, overdoser og andre situasjoner som oppleves utfordrende for den unge voksne. Gode kriseplaner bidrar til å holde beslutningsprosessen så nær den unge voksne som mulig, man begrenser tap av selvstyring, og hjelperne vil i mindre grad være nødt til å ta beslutninger på vegne av den det gjelder.

En kriseplan skal sikre at den unge får medvirke når krise oppstår. Når den unge voksne midlertidig har mistet evnen til å ta egne beslutninger, som for eksempel ved en overdose, tar man utgangspunkt i deres

tidligere uttrykte synspunkter og verdier som er nedskrevet i kriseplanen.

Innholdet i en kriseplan vil avhenge av individuelle forskjeller. I noen tilfeller er kriseplanen en ren selvhjelpsplan, i andre tilfeller er det i større grad et samhandlingsredskap.

En kriseplan bør inneholde informasjon om:

- Den unge voksnes egne ønsker og synspunkter. Hva er dine egne strategier?
- Varselsignaler på forestående kriser. Når er det grunn til bekymring?
- Oversikt over kontaktpersoner og nettverk som kan bistå ved kriser.

Mange unge voksne lever liv som er preget av spontanitet og omveltninger. Nye relasjoner knyttes, det flyttes mellom bydelene og behovene for hjelp endres. Det er derfor viktig at kriseplanen også oppdateres og følger den unge voksnes livsløp. For å sikre at kriseplanen oppdateres bør den inngå i den helhet Individuell Plan representerer. Om en kriseplan skal være uttrykk for en den unge voksnes synspunkter er det svært viktig at opplysningene er oppdaterte og relevante.

Kriseplan er, i likhet med Individuell Plan, først og fremst den unge voksnes eget verktøy. Og på lik linje med Individuell Plan er det den unge voksne som skal avgjøre hvem eller hvilke instanser som skal få tilgang til kriseplanen.

Eksempelmal for kriseplan, se kapittel 15. [Vedlegg](#).

Kriseplan i praksis

Det er viktig med gode rutiner for bruk av kriseplan. Erfaringer viser at det har god effekt å ha med involverte parter i arbeidet med å utforme kriseplan. Resultatene av denne praksisen viser at bruk av kriseplan i større grad ansvarliggjør de involverte. Kriseplanene kan gi en forutsigbarhet for helsepersonell som møter den unge voksne i kritiske situasjoner. Hvis kriseplanen ligger i pasientjournalen kan helsepersonell raskt finne kunnskap om hva som fungerer best i gitte situasjoner.

Kriseplan kan med fordel integreres i Individuell Plan. Individuell Plan vil da kunne bli tilgjengelig for dem som tar del i den daglige samhandlingen med den unge. Erfaringer viser en opplevelse av økt trygghet ved at kriseplanen er tilgjengelig for flere (Bjerkan, J. og Hollingen A.). Om den unge voksne ikke ønsker at kriseplanens innhold gjøres tilgjengelig for alle deltakerne i Individuell Plan, kan kriseplan likevel nevnes som et sjekkpunkt med den hensikt å sikre at kriseplan blir oppdatert.

[Pasientsikkerhetsprogrammet – forebygging av overdose ved utskrivelse fra behandling og ved løslatelse etter soning.](#)

9 Sømløse forløp og overganger

9.1 Fra barnevern til NAV

Anbefaling:

Det foreslås å gjennomføre møter mellom den unge, barneverntjenesten og NAV sosialtjenesten for å sikre kontinuitet

Begrunnelse

For ungdom som vil ha behov for og ønsker videre hjelp og støtte fra NAV, bør det gjennomføres et overgangsmøte der den unge, barnevernet og sosialtjenesten deltar. I dette møtet bør det tydeliggjøres overfor ungdommen hvilke roller de ulike hjelperne vil ha videre. Det er også hensiktsmessig at det overbringes eventuelle kontakter, opplysninger eller ønsker fra ungdommen. Overgangsmøtet kan være et viktig virkemiddel for å skape trygghet, forutsigbarhet og kontinuitet i oppfølgingen av den unge.

Erfaringer fra praksisfeltet har vist at det er noen ungdommer som frivillig avslutter tiltak fra barneverntjenesten tidligere enn nødvendig. Dette kan være fordi de ikke lenger ønsker hjelp fra barnevernet, eller fordi de tenker at sosialtjenesten vil kunne gi det samme tilbudet som barnevernet har gjort. I en slik fase, bør det vurderes et informasjonsmøte der barnevern, ungdom og sosialtjeneste er tilstede. Det bør også diskuteres med den unge om pårørende kan involveres i et slikt møte. Formålet med møtet er å sikre at ungdommen har relevant informasjon til å ta den viktige beslutningen om å takke ja til videre tiltak fra barneverntjenesten, eller avslutte det. God informasjon i denne fasen vil kunne gi

realistiske forventninger og hindre misforståelser og skuffelser.

I overgangsfasen til voksentilværelsen er det viktig at det tidlig etableres gjensidig forståelse av at det er den unge voksne som er hovedaktør og endelig beslutningstaker. I en Recovery orientert tilnærming anerkjennes den unge voksne som ekspert på eget liv, sine behov, problemer og ressurser (se kapittel 2).

I følge en rapport fra NOVA (2008) kan unge voksne med bakgrunn i barnevernstiltak utvikle motstand, maktesløshet og mistillit til hjelpeapparatet som følge av mangelfull medvirkning og dårlig planlegging av flytting og tiltak (Bakketeig, E. & Backe-Hansen, E. 2008).

Bevisstgjøring rundt Recovery orientert tilnærming vil i en sårbar overgangsfase, slik som overgangen til voksenlivet, kunne styrke relasjonen og tilliten mellom den unge voksne og hjelpeapparatet.

9.2 Henvisning og kontinuitet

Anbefaling:

Henvissende instans bør delta i første samtale med behandlingsinstitusjon i forkant av behandlingsoppstart

Henviser bør, i samråd med den unge, involveres ved sekundærhenvisninger til rusbehandling i spesialisthelsetjenesten

Henvissende instans bør delta i første samtale med behandlingsinstitusjon i forkant av behandlingsoppstart

Begrunnelse

I samråd med den unge voksne bør det legges til rette for at henvissende instans deltar i overgangen til behandlingsopphold. Involvering av henvissende instans vil kunne støtte og trygge den unge voksne i en overgangsfase som for mange kan oppleves som en vanskelig barriere. De første samtale mellom den unge voksne og behandlere har stor betydning for relasjonen og behandlingsalliansen. Henvissende instans vil i de fleste tilfeller kjenne den unge voksne og han/hennes behov og ønsker, og dermed kunne bistå med å tydeliggjøre dette for behandlingsinstitusjon. En slik praksis vil også kunne legge et viktig grunnlag for videre dialog og samarbeid.

Sykehusene og 24 av kommunene i Hordaland har inngått et samarbeid som er beskrevet på www.saman.no.

Der finner man bla. [Tenesteavtale 3 og 5. Retningslinje for samarbeid om innlegging i og utskrivning frå spesialisthelsetenesta](#)

På nettsiden er det oversikt over samarbeidsstruktur, gjeldende samarbeidsavtaler, faglig samarbeid, kontaktinformasjon i kommuner/helseforetak og nyheter om samhandling i området

Henviser bør, i samråd med den unge, involveres ved sekundærhenvisninger til rusbehandling i spesialisthelsetjenesten

Begrunnelse

Ved sekundærhenvisninger i spesialisthelsetjenesten, og der den unge voksne mottar oppfølging i kommunen, er det viktig at sosialtjenesten inkluderes i behandlingsforløpet. Det er kommunen som er den primære leverandøren av velferdstjenester og etter endt behandling er det sannsynlig at mange i målgruppen fortsatt vil motta oppfølging fra kommunen. For å sikre sømløse overganger er det helt sentralt at kommunen er involvert underveis i behandling, også når den unge voksne blir henvist videre i spesialisthelsetjenesten. Gjennom deltakelse i planarbeid og ansvarsgrupper bør det sikres god dialog og samhandling. Ved henvisninger til ekstern behandlingsinstitusjon bør det i samråd med den unge voksne avklares hvem som skal ha epikrise ved avslutning av behandlingsopphold. Ansvarsgruppen bør

benyttes som arena for å avklare hvilken informasjon som skal flyte mellom de ulike involverte instansene. Les mer om ansvarsgrupper i kapittel 7. [Individuell Plan og ansvarsgrupper](#).

I tilfeller der andre enn sosialtjenesten og fastlege er henvisende instans kan det være hensiktsmessig å avklare om sosialtjenesten og fastlege også bør stå som mottaker av epikrise og eventuelt annen informasjon ved avsluttet behandling.

Ved behandlingsavbrudd må henvisende instans varsles. Dette skal gjøres med mindre den unge voksne tydelig har reservert seg mot dette.

9.3 ROP-forløp

Anbefaling:

Hjelpeapparatet bør aktivt bruke det lokale rus- og psykiatريفorløpet

Samarbeid rundt unge voksne med *rusmiddelproblematikk og psykisk lidelse* (ROP) bør skje på laveste samhandlingsnivå. Dersom det ikke lykkes å etablere et fungerende samarbeid mellom kommunale helse – og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse og rustjenester bør det vurderes igangsetting av et lokalt ROP-forløp.

Et ROP-forløp vil involvere flere ulike tjenester i det lokale hjelpeapparatet både fra kommune og spesialisthelsetjenesten.

Begrunnelse

Rusmiddelproblemer og psykiske lidelser opptrer ofte samtidig. Noen ganger kan bruk av rusmidler være en utløsende faktor for psykiske lidelser, og bruken av rusmidler kan

komplisere den psykiske lidelsen og behandlingen. Det er heller ikke uvanlig at psykisk syke kan bruke rusmidler for å dempe ubehagelige symptomer.

Igangsetting av et lokalt ROP-forløp vil først bli aktuelt dersom det ikke er tilfredsstillende samhandling rundt den unge.

Igangsetting av et ROP-forløp.

Den nasjonale retningslinjen *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse – ROP-lidelser* har 93 ulike anbefalinger for arbeid med og ivaretagelse av ROP pasienter.

Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale Sykehus og 24 kommuner i Hordaland har utarbeidet et lokalt ROP-forløp på tvers av helsenivåene. Det er spesialisthelsetjenesten som vurderer, og som kan starte et lokalt ROP-forløp. Dette kan gjøres på bakgrunn av spesialisthelsetjenestens egne vurderinger, henvisning fra NAV sosialtjeneste eller den unge voksnes fastlege.

Det er utarbeidet oversikt med kontaktinformasjon for de kommunale kontaktpunktene, samt kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten både i TSB og i Psykisk helsevern. Denne informasjonen finnes på nettsiden www.saman.no.

Behandler eller den som tar imot henvisningen, og som vurderer at det kan være en pasient i målgruppen for lokalt ROP-forløp, har ansvar for å innkalle aktuelle parter til et 1. avklaringsmøte. Møtet skal kalles inn innen 10 virkedager.

Deltagerne i møtet varierer fra sak til sak. Anbefalte deltagere er; representant både fra psykisk helsevern og TSB i spesialisthelsetjenesten, fastlege og aktuelle kommunale instanser.

Nettsider hvor man finner mer informasjon om ROP:

www.saman.no

www.rop.no

www.Ropbruker.no

www.roptv.no

[ROP – retningslinjen.](#)

10 Varetekt og soning – en arena for igangsetting av rusbehandling

Anbefaling:

Unge voksne som soner bør raskest mulig kartlegges i forhold til rus- og ROP problematikk

I møte med unge innsatte med rusmiddelproblematikk, bør det innhentes samtykke til å involvere øvrig hjelpeapparat

Det bør utarbeides soningsplan og behandlingsplan for unge voksne med rusmiddelproblematikk

Det bør gjennomføres jevnlige ansvarsgruppemøter under soningsoppholdet

Unge voksne som soner bør så raskt som mulig kartlegges i forhold til rus- og ROP problematikk

Ved varetektsfengsling og soning gjennomføres det i dag kartlegging og helseundersøkelse av den innsatte. Denne kartleggingen foretas av helsepersonell. Det bør kartlegges om unge voksne innsatte har utfordringer knyttet til rusmiddelbruk og/eller ROP-lidelse.

§ 12 soning:

Straffegjennomføringsloven §12 gir mulighet for at innsatte kan gjennomføre straffen i institusjon.

For mer informasjon se [Straff i institusjon](#).

Begrunnelse:

En stor andel av de unge som soner eller er i varetekt har rusmiddelrelaterte problemer. For mange vil dette være kjent ved inntak, mens andre ganger er ikke dette uttalt fra den unge voksne.

For å sikre at alle får tilbud om riktig helsehjelp, er det viktig med en grundig kartlegging for å identifisere rusmiddelproblematikk slik at helsepersonellet og den innsatte kan komme i dialog rundt problematikken.

I møte med en ung voksen med rusmiddelproblematikk kan det være hensiktsmessig å koble på flere instanser fra hjelpeapparatet. Dette kan være innsattes fastlege eller NAV sosialtjenesten.

Lokale fengsel melder om økt interesse og motivasjon for rusbehandling blant de innsatte den første tiden av soningsoppholdet. Fengselet har inntrykk av at denne motivasjonen avtar i løpet av oppholdet. Dette styrker anbefalingen om å etablere dialog og eventuelle tiltak knyttet til rusmiddelproblematikk raskt etter soningstart.

[Veileder for helse og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.](#)

I møte med unge innsatte med rusmiddelproblematikk, bør man innhente samtykke til å involvere øvrig hjelpeapparat

Når en ung voksen har et kjent rusproblem bør det avklares hvilke kontakt den unge har med hjelpeapparatet. Det bør også innhentes samtykke til dialog med hjelpeapparatet.

Begrunnelse

I alt arbeid med unge voksne med rusmiddelproblemer er det viktig å innhente samtykke til å involvere øvrig hjelpeapparat. Både fengselsvesenet og andre innen hjelpeapparatet i Bergen beskriver tiden en ung voksen er inne til varetekt eller soning som en god mulighet til å tilby utredning av psykisk helse, rusbehandling og helsehjelp. Den unge voksne er da i et system med fysiske rammer som begrenser inntak av rusmidler og som kan styrke motivasjonen for å samtale om sine utfordringer. For å benytte dette mulighetsvinduet i større grad er det viktig at de ulike instansene i hjelpeapparatet møter den unge voksne og kobles på i de sakene hvor det er nødvendig og ønsket.

For at en innsatt raskt skal få nødvendig helsehjelp er det viktig at aktuelle instanser i hjelpeapparatet involveres, og at den unge innsatte får god informasjon om hvem som kan involveres og hvorfor. Før andre instanser kontaktes må den unge voksne gi et informert samtykke. Med bakgrunn i kunnskap om økt motivasjon for hjelp tidlig i soningen er det viktig at dette arbeidet starter så raskt som mulig. Den innsatte gir samtykke til hvem som skal involveres og det vil være mulig å involvere flere parter underveis i forløpet. Samtykke bør gi rom for å involvere nødvendige parter for å kunne starte opp et behandlingsforløp og en ansvarsgruppe som kan jobbe sammen med den unge voksne.

Aktuelle å kontakte:

Fastlege
Helse Bergen, Avdeling for rusmedisin
Helse Bergen, Divisjon Psykisk helsevern
NAV sosialtjenesten
Forvaltningsenhet Psykisk helse
Pårørende

Informasjon til hjelpeapparatet

Når den unge voksne har gitt samtykke til opphevelse av taushetsplikten er det viktig å raskt informere de aktuelle instansene. Det er en erfaring i NAV sosialtjenesten at de ikke får informasjon når brukere er fengslet. Dette er problematisk da sosialtjenesten ofte er en viktig aktør i den unge voksnes liv. Sosialtjenesten vil kunne ha en sentral rolle i den unges behandlingsforløp og Recovery prosess. For mange unge vil både rusbehandling og andre tema som bolig, økonomi og jobb/aktivitetstilbud etter soning være viktig å jobbe med. Ved å opprette dialog med sosialtjenesten tidlig i soningsoppholdet vil man raskere kunne starte disse prosessene.

Fastlegen er også en instans som kan ha kjent den unge voksne over tid og kan være en sentral bidragsyter i forløpet.

Involvering av pårørende er en viktig faktor i behandling av rusproblemer. Pårørende bør derfor tidlig involveres i sonings- og behandlingsforløpet. Involvering av pårørende skal skje etter den unge voksnes ønsker. Les mer om involvering av pårørende i kapittel 3. [Pårørende og nettverk.](#)

Det bør utarbeides soningsplan og behandlingsplan for unge voksne med rusmiddelproblematikk

Det bør utarbeides soningsplan og behandlingsplan for å ivareta behov for helsehjelp og for å sikre forutsigbarhet i soning og rusbehandling.

Begrunnelse

Det er ønskelig at unge med rusmiddelproblemer deltar i rusbehandling under soningsperioden. For å få utarbeidet

soningsplan og behandlingsplan kreves det at den unge ønsker behandling og at det sendes en henvisning til TSB eller PHV. Henvisningen vurderes innenfor vanlig frist, men lengde på soning og hvilken avdeling den unge soner på kan gi begrensninger i behandlingstilbudet. For en ung voksen med langt soningstid kan det være uaktuelt med § 12 soning i institusjon. Det kan først bli aktuelt når den unge er kommet så langt i soningsforløpet at det er aktuelt med åpen soning eller løslatelse etter å ha gjennomført § 12 soningen. Soningsplan og behandlingsplan utarbeides i dag av en tverretattlig gruppe hvor blant annet fengselet og AFR er deltakere. For at dette arbeidet skal kunne finne sted er det en forutsetning at den unge voksne gir samtykke til dialog og samarbeid.

Erfaringer fra dette samarbeidet viser at unge voksne som har godt planlagte forløp og forutsigbarhet rundt soningsforløp og rusbehandling virker å ha større vilje til å stå i behandling og gjennomføre denne uavhengig av lengden på soningen. Ved å utarbeide en god sonings- og behandlingsplan under soning vil man øke sannsynligheten for at den unge voksne klarer å gjennomføre rusbehandlingen.

For unge i varetekt der man ikke vet hvor lang soningstiden blir er det mer utfordrende å lage forutsigbare planer. Uavhengig av soningslengde bør hjelpeapparatet gi god informasjon om behandlingsmuligheter for rusmiddelproblematikk, og sammen med den varetektsfengslete lage en plan for rusbehandling som er uavhengig av lengden på varetektsfengslingen.

Som en del av arbeidet med soningsforløp og rusbehandling må den unge voksne og hjelpeapparatet utarbeide en plan for løslatelsen og hva som skal skje etter.

Hvis den unge innsatte har utarbeidet Individuell Plan, anbefales det at soningsplan,

behandlingsplan og andre planer inngår som vedlegg i denne.

[Samarbeidsavtale mellom Kriminalomsorgen region Vest og Bergen kommune.](#)

[Samarbeidsavtale mellom Kriminalomsorgen region Vest og Arbeids- og velferdsetaten. Datert 13.10.14](#)

Hvis Soningsplan og Behandlingsplan ikke blir fulgt

Hjelpeapparatet og den unge innsatte bør ha dialog rundt håndtering av uforutsette endringer i sonings- eller behandlingsforløpet. Det må være klart for den unge og hjelpeapparatet hvordan man forholder seg til uforutsette endringer som for eksempel tidligere løslatelse, avbrudd i rusbehandling eller tilbaketrekking av samtykke til dialog i ansvarsgruppen.

Når unge med rusmiddelavhengighet avslutter soning eller rusbehandling, er det forhøyet risiko for overdose den første perioden etter løslatelse/avsluttet behandling. Når det er bekymring for dette, eller andre alvorlige situasjoner, er det viktig at den unge voksne vet hvilke muligheter som finnes for kontakt med hjelpeapparatet og hvordan kontakt kan oppnås. Det vil også være viktig at det er utarbeidet kriseplan som den unge kan benytte seg av ved behov. Les mer om kriseplan i kapittel 8. [Kriseplan](#).

Når det er bekymring knyttet til en ung voksen, må hjelpeapparatet kjenne til hvem som kan og bør få informasjon om situasjonen, og hvordan den unge voksne vil at det videre samarbeidet skal være. Er det utarbeidet en Kriseplan er det nødvendig at

den er kjent og følges opp av de involverte instanser i hjelpeapparatet.

Det bør gjennomføres jevnlig ansvarsgruppemøter under soningsoppholdet

I arbeidet med unge voksne som soner eller er i varetekt bør det etableres ansvarsgruppe. Til ansvarsgruppemøtet kan den unge invitere personer som er viktig for en selv, aktuelle instanser i hjelpeapparatet og andre som kan være bidragsytere i den unges hverdag eller i et behandlingsforløp. Deltakerne i ansvarsgruppen vil kunne variere i forhold til hvilken hjelp den unge ønsker og hvilke tema som skal jobbes med i ansvarsgruppen.

Begrunnelse

Ved rusbehandling som starter under soning vil ofte flere aktører fra det offentlige straffesystem og hjelpeapparat være involvert. Slik behandling kan foregå under ulike rammer; i fengselet, ved åpen soning, § 12 soning ved institusjon eller i egen bolig ved avsluttet soning.

For å sikre kontinuitet i rusbehandlingen vil det være viktig å involvere alle aktuelle hjelpere tidlig. Ansatte i fengselet eller ved en behandlings institusjon kan være viktige bidragsytere når den unge oppholder seg der, men ved avsluttet opphold kan disse personene og deres funksjon forsvinne. Hvis dette er funksjoner som er viktig å videreføre, må det avklares tidlig hvem som skal videreføre disse. Ansvarsgruppemøter er en kjent arena hvor man kan samle de viktige og riktige personene som kan bidra i den unges situasjon. Ansvarsgruppemøter bør holdes jevnlig.

Det er ønskelig at løslatelse er planlagt i god tid og at den som skal løslates er trygg på at alle praktiske forhold er ivaretatt. Dette skaper forutsigbarhet.

Det bør utarbeides en Individuell Plan som sikrer at viktige tema som bolig, dagtilbud, oppfølging, videre rusbehandling og lignende er ivaretatt før løslatelse. En slik plan vil også kunne bidra til en fordeling av oppgaver og ansvar hos deltakerne i ansvarsgruppen.

Når det er etablert ansvarsgruppe rundt en ung voksen, er det naturlig at det er fengselet som kaller inn til ansvarsgruppe.

11 Kulturelle forskjeller i oppfølging og behandling.

Anbefaling:

Hjelpeapparatet skal ivareta språklige og kulturelle forskjeller i rusbehandling og oppfølging

Begrunnelse:

I møtet mellom hjelpeapparat og personer med forskjellig kulturelle referanser og normer, er det viktig at hjelperne har særskilt fokus på de kulturelle forskjellene. Dette er viktig for å unngå eventuelle misforståelser som kan påvirke den unges vilje og ønske om å ta imot nødvendig rusbehandling. Den unge voksne har rett til informasjon som er tilpasset sine individuelle forutsetninger, herunder alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn, jf. [pasient og brukerrettighetsloven § 3-5](#).

[Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene](#)

Hjelpeapparatet må ta hensyn til den unges språklige og kulturelle bakgrunn. Hjelper bør ha en kultursensitiv tilnærming, og være forberedt på at enkelte unge med annen språklig og kulturell bakgrunn kan ha utfordringer med å nyttiggjøre seg av det ordinære behandlingstilbudet. Bevissthet rundt problemstillingen og nødvendige tilpassinger er derfor viktig for et forsvarlig behandlingsløp. Eksempel på god praksis kan være å tilegne seg kunnskap om den unge voksnes sykdomsmønster og helse- og

sykdomsforståelse, samt ta stilling til om det bør benyttes kvalifisert tolk for å sikre god kommunikasjon.

Kulturformuleringsintervjuet er et intervjuverktøy som er utarbeidet i USA, men oversatt til norsk og tilgjengelig i papirversjon. Dette er et verktøy for tverrkulturell kommunikasjon som kan øke forståelse og gi et bedre utgangspunkt for planlegging av behandlingsforløp.

12 Liste over anbefalinger

Recovery: Den unge voksne i sentrum

Den unge voksne skal kunne medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses-, behandlings- og oppfølgingsmetoder.

Det bør tilrettelegges for at den unge voksne selv får styre sin behandlings- og rehabiliteringsprosess med koordinert bistand.

Det bør systematisk og kontinuerlig innhentes tilbakemelding/evaluering av oppfølgingen og behandlingen fra den unge voksne.

Pårørende og nettverk

Systematisk kartlegging av nettverk og pårørende bør gjøres tidlig i kontakten med den unge voksne.

Pårørende og nettverk bør involveres i oppfølging og behandling etter enighet med den unge voksne.

Det bør sikres at hensiktsmessige sosiale nettverk etableres og videreføres.

Det foreslås å gjennomføre uformelle alliansetreff mellom den unge voksne, pårørende og hjelper, der informasjon blir utvekslet.

Kartlegging og informasjonsflyt

Det bør sikres kartlegging av den unge voksnes rusproblematikk tidlig i forløpet.

Kartlegging og utredning bør ha et helhetlig perspektiv.

Hjelpeapparatet bør sikre at involverte parter har nødvendig informasjon for å bistå den unge voksne og samtidig unngå dobbelkartlegging.

Samhandling rundt ambulante tjenester og brukerstyrte innleggelse

Ambulerende tilnærming foreslås for å nå unge voksne.

Det bør vurderes å tilby unge voksne avtale om brukerstyrt innleggelse.

Taushetsplikt og samtykker

I samarbeid rundt behandling og oppfølging bør samtykke til fritak fra taushetsplikten avklares.

Ved oppstart av Individuell Plan og ansvarsgruppe foreslås det å benytte felles samtykkeskjema.

Individuell Plan og ansvarsgrupper

Hjelpeapparatet skal sørge for at det utarbeides en Individuell Plan sammen med den unge voksne.

Ansvarsgruppen bør benyttes som arena for oppfølging av Individuell Plan.

Valg av koordinator bør gjøres i samråd med den unge voksne, og bør gis en helper som har god relasjon og jevnlig kontakt med den unge voksne.

Tjenesteyterne bør ha klare rutiner for utarbeidelse og oppfølging av Individuell Plan.

Kriseplan

Kriseplan bør utarbeides tidlig i forløpet i samarbeid med den unge.

Sømløse forløp og overganger

Fra barnevern til NAV

Det foreslås å gjennomføre møter mellom den unge, barneverntjenesten og NAV sosialtjenesten for å sikre kontinuitet.

Henvisning og kontinuitet

Henvisende instans bør delta i første samtale med behandlingsinstitusjon i forkant av behandlingsoppstart.

Henviser bør, i samråd med den unge, involveres ved sekundærhenvisninger til rusbehandling i spesialisthelsetjenesten.

ROP-forløp

Hjelpeapparatet bør aktivt bruke det lokale rus- og psykiatriløpet.

Varetekt og soning – en arena for igangsetting av rusbehandling

Unge voksne som soner bør raskest mulig kartlegges i forhold til rus- og ROP problematikk.

I møte med unge innsatte med rusmiddelproblematikk, bør det innhentes samtykke til å involvere øvrig hjelpeapparat.

Det bør utarbeides soningsplan og behandlingsplan for unge voksne med rusmiddelproblematikk.

Det bør gjennomføres jevnlig ansvarsgruppemøter under soningsoppholdet.

Kulturelle forskjeller i oppfølging og behandling

Hjelpeapparatet skal ivareta språklige og kulturelle forskjeller i rusbehandling og oppfølging.

13 Referanser

Litteratur

Bakketeig, E. & Backe-Hansen, E. (2008). *Forskingskunnskap om ettervern*. Oslo: NOVA, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Dieterich, Marina et al. "Intensive Case Management for Severe Mental Illness." *The Cochrane database of systematic reviews* 10 (2010): CD007906. *PMC*.

Grav, Pål (2015). Hjelpere spiller hverandre gode. *Fontene* 2/2015

Korus Bergen (2010). Tidlig intervensjon: ungdom med rusrelatert problematikk

Slade, Mike (2015). 100 råd som fremmer recovery. *Napha*

Retningslinjer og veiledere

Helsedirektoratet (2008) Pårørende som ressurs.

Helsedirektoratet (2010) Veileder til forskrift om Individuell Plan.

Helsedirektoratet (2012) ROP-retningslinjen.

Helsedirektoratet (2014) Sammen om mestring.

Helsedirektoratet (2015) Veileder om rehabilitering, habilitering, Individuell Plan og koordinator.

Helsedirektoratet (2016¹) Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet.

Helsedirektoratet (2016²) Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler.

Helsedirektoratet (2016³) Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten.

Lover og forskrifter

Forskrift om habilitering og rehabilitering. *Forskrift om habilitering og rehabilitering, Individuell Plan og koordinator*.

Forvaltningsloven. *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker*.

Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell m.v.*

Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjeneste m.m.*

NAV-loven. *Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen*.

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter*.

Sosialtjenesteloven. *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*

Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

Andre kilder

BrukerPlan (2015). Bergen Kommune. Tilgjengelig fra:

<https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/tiltak-mot-rus/9818/article-133792>

Bjerkan, J. og Hollingen A. (Ukjent årstall) Helsekompetanse. Helse Midt-Norge. E-læring for Individuell Plan. Tilgjengelig fra: <http://kurs.helsekompetanse.no/plan/hea>

Hopfenbeck, M og Donsted M. (2015) ODIN. Åpne dialoger i Nettverksmøter. Tilgjengelig fra:

<http://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/H%C3%A5ndbok-ODIN.pdf>

Prop. 15 S (2015–2016). Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)

Saman.no. Samarbeid mellom sykehusene og 24 av kommunene i Hordaland. Tilgjengelig fra:

<http://saman.no/2320.160.Startsiden.html>

14 Oversikt over deltakere:

Styringsgruppe:

Eva Karin Løvaas, Bergensklinikken.

Jostein Hestnes, Etat for sosiale tjenester, Bergen kommune.

Nina Husum, Etat for sosiale tjenester, Bergen kommune.

Vibeke Johannessen, KoRus.

Arbeidsgruppe:

Espen Aas, Bergensklinikken.

Kari Hjellum, Etat for sosiale tjenester, Bergen kommune.

Kristian Hartveit, Bergensklinikken.

Thomas W. Johannesen, Etat for sosiale tjenester, Bergen kommune.

Samarbeidsgruppe:

Deltagerne i Styringsgruppen,

Deltagerne i Arbeidsgruppen og

Kristina Åkerblom, Avdeling for rusmedisin, Helse Bergen.

Berta Jorunn Vikesund, CRUX CRUX Kalfaret Behandlingssenter.

Prosjektgruppe:

Deltakere med erfaringskompetanse og arbeidsgruppen.

Daniel Østgulen

Rami Knudsen

Kompetansegrupper:

Pårørende og nettverk:

Arne Ramstad, NAV Årstad.

Berta Jorunn Vikesund, CRUX CRUX Kalfaret Behandlingssenter.

Kari Edvardsen, Landsforeningen mot stoffmisbruk.

Maja Kongsbakk, CRUX CRUX Kalfaret Behandlingssenter.

Tove B. Pedersen, Bergensklinikken.

Tove Nøss, Avdeling for rusmedisin, Helse Bergen.

Alternativ straffegjennomføring:

Anders Sundbotten, Drop Out-teamet, Avdeling for rusmedisin.

Anja T. Holst, Bergensklinikken.

Elin Øy Hollevik, NAV Laksevåg.

Elisabeth I. Gikling, Bergensklinikken.

Kjerstin Heitman, NAV Åsane – fengselsveileder.

Pål Skogen, Bergen Fengsel.

Torhild Jørgensen, Avdeling for rusmedisin, Helse Bergen.

Planarbeid:

Anne Djønn Eriksen, Drop Out-teamet, Avdeling for rusmedisin.

Bjarne Ø. Bakkevold, NAV Fana.

Camilla Fjeldsaunet, NAV Arna.

Hallbjørg Hage, Avdeling for rusmedisin, Helse Bergen.

Johanna NAVelsaker, NAV Åsane.

Maja Kongsbakk, CRUX Kalfaret Behandlingscenter.

Torbjørn Langva, Bergensklinikken.

Sømløse overganger I:

Andreas Heldal, Bergensklinikken.

Daniel Østgulen, Bergensklinikken.

Grete Bjerkeland, NAV Fyllingsdalen.

Kathrine Egeland, NAV Bergenhus.

Sara Lennstrøm, Botreningscenteret, Bergen kommune.

Therese T. Bjordal, NAV Fana.

Øyvind Kalsås, Avdeling for rusmedisin, Helse Bergen.

Åshild Austegard, Auroraprojektet.

Sømløse overganger II:

Anne-Berit Løw Sandtorv, Bergensklinikken.

Elisabeth Sørfonden, NAV Arna.

Erlend Hylleseth, HSA-teamet.

Karina Lunde, PUT, Bergensklinikken.

Maria Klemetsen, Bergensklinikken.

Mona Boganes, Student.

Vibeke Aasheim, NAV Ytrebygda.

Therese Carlson, NAV Årstad.

15 Vedlegg

Samtykke til tverrfaglig og tverretatlig samarbeid

| Samtykket gjelder | | |
|-------------------|--|------|
| NAVn: | | |
| Adresse: | | |
| Født: | | Tlf: |

| Informasjon |
|--|
| Et informert samtykke innebærer at jeg: <ul style="list-style-type: none">• Har fått informasjon om hvilke opplysninger som skal utveksles• Vet hvordan opplysningene skal brukes og konsekvensene av dette• Er kjent med at det ikke skal utveksles flere opplysninger enn det som er nødvendig• Er kjent med at jeg kan nekte at opplysninger om spesielle forhold blir utvekslet, eller at bestemte personer eller instanser får enkelte opplysninger• Er kjent med de konsekvenser begrensinger av informasjon kan ha for arbeidet med min individuelle plan og for mitt tilbud. |

| Samtykke | |
|---|------------------------|
| Jeg bekrefter at opplysninger som er viktig for samarbeid rundt oppfølging og behandling kan deles mellom samarbeidende instanser. Samtykket gir følgende instanser adgang til å utveksle nødvendige opplysninger | |
| Tjeneste | Kontaktperson/Tjeneste |
| NAV - Sosialtjenesten | |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | |
| Psykisk helsevern | |
| Fastlegen | |
| Bergen Legevakt | |
| Fengsel | |
| Akuttpost ved Bergen legevakt | |
| | |
| | |
| | |

| Opplysninger |
|--|
| Jeg samtykker til at opplysninger nevnt under, kan deles med de nevnte instanser for å bidra til å skape helhetlige og koordinerte tjenester. Samtykket innebærer at følgende opplysninger kan utveksles: |
| |

| Tidsrom for samtykke |
|---|
| Samtykket gjelder fra _____ og frem til _____ |

| Underskrift | | |
|-------------|------------------|--------------|
| Dato: | Den unge voksne: | Koordinator: |
| | | |

KRISEPLAN

For.....

Tlf.nr.....

NAVn og tlf. til nærmeste pårørende.....

For meg selv:

Varselsignaler

-

-

-

Risikosituasjoner

-

-

-

Hva kan andre se/merke

-

-

-

Triggere:

-

-

-

| | |
|--|-----------------------------|
| Hva kan jeg gjøre selv (handlingsalternativer)? | Hva har hjulpet før? |
| | |

Hvis dette ikke hjelper kan jeg kontakte:

NAVn

Rolle

Tlf

Kjenner Kriseplanen

- _____

- _____

- _____

Hvis jeg ikke får kontakt med noen av disse kan jeg kontakte:

Kl. 08.00-15.00:

Sted: _____ Telefon: _____

Etter kl. 15.00:

Sted: _____ Telefon: _____

Planen evalueres innen _____, eller ved behov.

Barn ivaretas av: _____ Tlf: _____

For hjelpeapparatet

| <u>Involverte instanser i hjelpeapparatet</u> | <u>Fått kopi av Kriseplanen (sett kryss)</u> |
|---|--|
| Fastlege: | |
| NAV sosialtjeneste: | |
| Andre: | |
| Andre: | |
| Andre: | |

Hvordan ønsker jeg å bli møtt av hjelpeapparatet?

Hvordan ønsker jeg ikke å bli møtt av hjelpeapparatet? (negative triggere etc.)

Hjelpetiltak jeg ønsker at hjelpeapparatet kan iverksette:

Hjelpetiltak jeg ikke ønsker at hjelpeapparatet kan iverksette:

Dato: _____ Underskrift _____.

Dato _____ Underskrift _____.

Planen evalueres innen _____, eller ved behov.