

Tjenestebeskrivelser for Sauherad kommune



I denne tjenestebeskrivelsen kan du finne opplysninger om hvilke tjenester som omfattes av "Tjenesten for psykisk helse og rus" og standarden på disse.

Tjenestebeskrivelsene har til hensikt å avklare forventninger og gi informasjon om tilbudet

KJERNETJENESTE:

Psykisk helse og rus



INNHALDSFORTEGNELSE:

1. Oppnevning av hjelpeverger	Side 3
2. Individuell koordinator	Side 3
3. Individuell plan (IP)	Side 4
4. Primærkontakt	Side 4
5. Samarbeid med ulike instanser	Side 5
6. Søknad om tjenester	Side 5
7. Vurderingssamtale/kartlegging av tjenestebehov	Side 5
8. Praktisk bistand/miljøarbeid/opplæring	Side 6
9. Krisehåndtering: er et viktig område innen psykisk helsearbeid.	Side 6
10. Dagsenteraktiviteter/smykkeverksted/svømmegruppe	Side 7
11. Annen hjelp/bistand: følge til lege/tannlege/spesialist	Side 7
12. Støttekontakt	Side 8
13. Observere helsetilstand/helsetjenester i hjemmet	Side 8
14. Medikamentadministrering	Side 8
15. Bolig	Side 9
16. Henvisning til behandling	Side 9
17. Oppfølging, opplysning og veiledning til bruker/pårørende og andre aktuelle instanser	Side 10
18. Tvunget psykisk helsevern uten døgnoophold	Side 10
19. Sikre/etablere ettervern innen psykisk helse og rusarbeid	Side 10
20. Tvangsinnleggelse for rusmiddelavhengige	Side 11
21. Sikre tverrfaglig samarbeid for rusmiddelavhengige	Side 11
22. Gravide rusmiddelmisbrukere	Side 11
23. Bekymringsmeldinger	Side 12
24. Forebygging/utredning/behandling innen for rus og psykisk helse	Side 12



PRAKTISK INFORMASJON:

Overordnet mål for faglig innhold/samhandling innen psykisk helse- og rusarbeid:

Mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet utgjør hovedtyngden i kommunens psykiske helse- og rusarbeid. Tjenesten omfatter forebygging, utredning og behandling, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning.

Psykisk helsearbeid inkluderer en rekke tiltak for å fremme psykisk helse i befolkningen, og er et viktig ledd i kommunens folkehelsearbeid. Et godt samarbeid mellom kommunens tjenester og spesialisthelsetjenesten er viktig for å etablere et godt tilbud.

Psykisk helse- og rusarbeid er i sin natur, et relasjonsarbeid. Tidsnød og instrumentelle metoder er lite egnet i møte med mennesker som har alvorlige psykiske problemer og/eller rusmiddelavhengighet. Brukerne etterspør tålmodighet og tid.

Tjenesten reguleres av "Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester(HOT)" og "Lov om psykisk helsevern"

TJENESTEBESKRIVELSER:

1. OPPNEVNELSE AV HJELPEVERGE

Nivå på tjenesten:

Tjenesten bidrar med hjelp til å søke om hjelpeverge, om det ansees å være aktuelt.

Forventninger/krav til tjenesten:

Individuell faglig vurdering, i samråd med bruker og fastlege.

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Samtykker til at det søkes om oppnevning av hjelpeverge

Dokumentasjon:

Informasjonsbrosjyre om hjelpeverge hos fylkesmannen.

2. INDIVIDUELL KOORDINATOR:

Skal organisere/planlegge samarbeidsmøter med aktuelle instanser.

Jobbe ut ifra individuell plan , og se til at det som blir avtalt følges opp videre av tjenesten eller andre instanser.

Nivå på tjenesten:

Individuelt tilpasset brukers behov og mestringsevne. Ved kronisk og funksjonsnedsettende lidelser, hvor en har behov for langvarig oppfølging, og flere



instanser er involvert, skal bruker søke om å få oppnevnt en individuell koordinator. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med IP.

Forventninger/krav til tjenesten:

Koordinator kartlegger brukers situasjon og behov, og jobber ut i fra den individuelle planen sammen med ulike samarbeidspartnere.

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Sikre at koordinator mottar relevant informasjon til enhver tid, slik at man kan arbeide på en mest mulig hensiktsmessig måte for bruker.

Dokumentasjon:

Retningslinjer for koordinatorrollen.

3. INDIVIDUELL PLAN (IP)

Nivå på tjenesten:

Utarbeide individuell plan etter **individuell** faglig vurdering.

Skal være langvarige og koordinerte tjenester, hvor flere instanser er involvert.

Samarbeide med andre aktuelle tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.

Forventninger/krav til tjenesten:

Igangsette arbeidet med å utarbeide en individuell plan sammen med ulike samarbeidsinstanser. Koordinere planarbeidet.

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Delta i planarbeidet.

Dokumentasjon:

Individuell plan (egen mal) og gitte retningslinjer.

4. PRIMÆRKONTAKT

Nivå på tjenesten:

Bruker tildeles primærkontakt fra tjenesten, etter faglig vurdering av søknad om tjenester eller henvisning. Primærkontakt har hovedansvar for bruker, og skal opprette kontakt/relasjon til bruker.

Første kontakt mellom primærkontakt og bruker har en tidsramme på 1-2 uker etter at henvisning ble mottatt.

Forventninger/krav til tjenesten:

Primærkontakt setter seg inn i brukers behov, og holder seg fortløpende oppdatert.

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Sørger for at primærkontakt er oppdatert på vesentlige områder i brukers liv, og kommuniserer direkte med primærkontakten.

**Dokumentasjon:**

Prosedyremal for primærkontakt

5. SAMARBEID MED ULIKE INSTANSER:

Nivå på tjenesten:

Tjenesten har behov for å få relevant informasjon fra ulike samarbeidspartnere som pårørende, hjemmesykepleie, NAV, fastlege, spesialisthelsetjenesten, barnevernstjeneste og/eller andre instanser. For å kunne gjøre dette, trenger man et tidsbegrenset samtykke fra bruker.

Forventninger/krav til tjenesten:

Det forventes at tjenesten sikrer gode arenaer for å kunne samarbeide med aktuelle instanser, samt at tjenesten er tilgjengelig for henvendelser fra ulike instanser, og at henvendelser blir håndtert fortløpende.

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Bruker må gi samtykke til at de ulike instansene har et samarbeid.

Dokumentasjon:

Samtykkeerklæring

6. SØKNAD OM TJENESTER

Nivå på tjenesten:

Bruker/fastlege/spesialisthelsetjenesten eller andre instanser tar kontakt med tjenesten for å søker om aktuelle tjenester.

Forventninger/krav til tjenesten:

Rehabiliteringsteam behandler søknader fortløpende, og gir en skriftlig tilbakemelding til søker.

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Sikre at relevant informasjon kommer fram i søknaden.

Dokumentasjon:

Eget søknadsskjema som er tilgjengelig både elektronisk og i papirformat.
Enkeltvedtak på tjenester.

7. VURDERINGSSAMTALE/KARTLEGGING AV TJENESTEBEHOV:

Nivå på tjenesten:

Ved henvisninger fra aktuelle samarbeidspartnere som fastleger, spesialisthelsetjenesten eller ved at bruker selv tar kontakt (lavterskeltilbud) og søker om tjenester, vil bruker få tilbud om en 1.gangssamtale (vurderingssamtale), hvor tjenesten kartlegger brukers behov for bistand/oppfølging. Vurderingssamtale skal være foretatt innen 1-2 uker etter at henvisningen ble mottatt eller at henvendelsen ble registrert.

**Forventninger/krav til tjenesten:**

Henvisende instans/bruker forventer at tjenesten så fort som mulig tar kontakt for en vurderingssamtale.

Tjenesten behandler henvisninger fortløpende på drøftingsmøte ukentlig, og fordeler henvisninger til aktuelt personale.

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Bruker eller pårørende må melde fra til tjenesten dersom vedkommende ikke kan møte til avtalt tid for samtalen.

Dokumentasjon:

Mal for innkalling til vurderingssamtale.

Mal for vurderingssamtale.

Mal for prosedyre: Vurderingssamtale

8. PRAKTISK BISTAND/MILJØARBEID/OPPLÆRING:

Hjelp til matlaging, handling, rydding/organisering, personlig økonomi, personlig hygiene, for best mulig å kunne mestre boforhold.

Nivå på tjenesten:

Individuelt tilpasset brukers behov og mestringsevne.

Hjelp gis etter en faglig vurdering og kartlegging, og i samarbeid med bruker selv/pårørende/hjelpeverge.

Forventninger/krav til tjenesten:

Bruker/pårørende har forventninger til at tjenestetilbud som er avtalt, innfris.

Nødvendig utstyr: Leasingbil, for å komme hjem til bruker.

Forventninger/forpliktelser til bruker/pårørende:

At tjenesteyter/tjenesten får relevant informasjon fra bruker/pårørende, som virker inn på de tjenester som skal ytes.

Dersom bruker ikke er hjemme, bortfaller tjenesten.

Dokumentasjon:

Enkeltvedtak og interne prosedyrer.

9. KRISEHÅNDTERING: ER ET VIKTIG OMRÅDE INNEN PSYKISK HELSEARBEID.

Gjelder både på individnivå med utarbeiding av kriseplan, og på systemnivå med kommunalt kriseteam .

Nivå på tjenesten:

Individnivå:

Utarbeidelse av kriseplan for mennesker med alvorlig kronisk psykisk lidelse, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og bruker selv.



Systemnivå:

Kommunalt kriseteam: Krisepsykiatrisk førstehjelp til mennesker som utsettes for alvorlig ulykke eller andre alvorlige livshendelser.

Forventninger/krav til tjenesten:

Individnivå:

Forventet av spesialisthelsetjenesten/andre samarbeidsinstanser at tjenesten sammen med bruker utarbeider en kriseplan som trer i kraft ved en forverring av sykdommen.

Systemnivå:

Forventet at kommunen har et operativt og fungerende kriseteam som er tverrfaglig sammensatt. Kommunen har en plikt til bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner.

Dokumentasjon:

Se mal for kriseplan.

Se prosedyremal for kommunalt kriseteam.

10. DAGSENTERAKTIVITETER/SMYKKEVERKSTED/SVØMMEGRUPPE (LAVTERSKELTILBUD):

Nivå på tjenesten:

Kommunen har et ansvar for å legge til rette for sosial og arbeidsrettet aktivisering. Ved å ha tilbud om aktiviteter legges det til rette for medbestemmelse og brukerstyring, herunder brukermøter som avholdes regelmessig 2 ganger per år.

Forventninger/krav til tjenesten:

Ha et faglig godt og variert aktivitetstilbud som kan favne mange brukere med ulike behov. Skape en arena for å kunne trene på sosial aktivitet og å oppleve mestring.

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Delta på aktiviteter det er gitt tilbud om, samt å bidra til å skape en god stemning og et godt miljø.

Dokumentasjon: Mal for prosedyre brukermøter.

11. ANNEN HJELP/BISTAND: FØLGE TIL LEGE/TANNLEGE/SPELIALIST (DENNE TJENESTEN YTES UNNTAKSVIS)

Nivå på tjenesten:

Individuell faglig vurdering om bruker har behov for følge til lege/tannlege eller annen spesialist for behandling.

Forventninger/krav til tjenesten:

Spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidsinstanser har en forventning om at tjenesten avsetter tid til og følger bruker til den aktuelle instans.

Nødvendig utstyr: leasingbil for å kunne utføre oppdraget.

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Melde til tjeneste dersom timeavtalen er avlyst.

**Dokumentasjon:**

Profil.

12. STØTTEKONTAKT:

Sosiale aktiviteter/treningskontakt

Nivå på tjenesten:

Brukere med behov for støttekontakt, kan søke tjenesten om dette. Innvilges individuelt etter en faglig vurdering i kommunens rehabiliteringsteam.

Forventninger/krav til tjenesten:

Samarbeidsinstanser og bruker selv har en forventning til at dette er et tilbud tjenesten gir.

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Melde fra til tjenesten ved endring av behov for støttekontakt, slik at engasjementsavtalen kan endres eller sies opp.

Dokumentasjon:

Støttekontaktavtale

Vedtak på støttekontakt

Prosedyremal for støttekontakt

13. OBSERVERE HELSETILSTAND/HELSETJENESTER I HJEMMET:**Nivå på tjenesten:**

Tilsyn for å observere helsetilstand psykisk/fysisk, samarbeide med fastlege og spesialisthelsetjeneste, der det er behov for det.

Forventninger/krav til tjenesten:

Kompetanse helse-sosialfaglig utdanning.

Nødvendig utstyr: leasingbil, for å kunne utføre oppdraget.

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Melde fra til tjeneste ved endring av helsetilstand.

Dokumentasjon:

Profil.

14. MEDIKAMENTADMINISTRERING:**Nivå på tjenesten:**

Bestilling/henting av medikamenter og behovsmedisin, følge opp autoseponering og medisinendringer, intramuskulær injeksjon og oppfølging av tvangsmedisinering, utlevering av medisiner.

Forventninger/krav til tjenesten:

Kompetanse helse-og sosialfaglig utdanning.

Oppdaterte medisinlister, rutiner for bestilling og henting av medikamenter på apotek, kvitteringssystem for medisiner som blir lagt inn i medisinskap. Kontinuerlig kontakt med



fastlege i forhold til endringer av medisin, og observasjoner av bruker. Ha nødvendig utstyr som medisinskapp, dosetter, injeksjonsutstyr og lignende. Sikre gode kontrollrutiner.

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Melde fra om medisinske forhold og endringer.

Dokumentasjon:

Se rundskriv om legemiddelhåndtering.

15. BOLIG:

Kommunen har et ansvar for å fremskaffe bolig og oppfølging i bolig til vanskeligstilte brukere.

16.

Nivå på tjenesten:

Kommunen har per i dag ikke bemannede boliger innen psykisk helse og rus. Noen brukere med behov for bolig har botilbud innen omsorgsboliger og sosiale boliger. Andre mangler egnet botilbud.

Forventninger/krav til tjenesten:

Kommunen skal medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, og som trenger hjelpe-vernetiltak på grunn av alder, funksjonshemming eller andre årsaker.

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Være med på å belyse brukers situasjon og hjelpebehov.

Dokumentasjon:

17. HENVISNING TIL BEHANDLING:

Kommunen har et ansvar for å henvise til videre behandling i forhold til rus.

Nivå på tjenesten:

Henvise brukere til behandling i spesialisthelsetjenesten etter en faglig individuell vurdering.

Forventninger/krav til tjenesten:

Kompetanse innen rus.

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Være med på å samarbeide til det beste for brukeren.

Dokumentasjon:

Henvisningsnotat (egen mal).



18. OPPFØLGING, OPPLYSNING OG VEILEDNING TIL BRUKER/PÅRØRENDE OG ANDRE AKTUELLE INSTANSER.

Nivå på tjenesten:

Sette av tid for oppfølging og veiledning av bruker/pårørende og andre instanser.
Forebyggende arbeid som fremmer helse, forebygger sykdom, skade og sosiale problemer.

Forventninger/krav til tjenesten:

Tilby veiledningsmøter
Samarbeid og henviser til andre behandlende instanser.

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Delta på oppsatte møter for veiledning.

Dokumentasjon: Profil.

19. TVUNGET PSYKISK HELSEVERN UTEN DØGNOPPHOLD:

Nivå på tjenesten:

Bistå bruker og spesialisthelsetjenesten på en slik måte at gjennomføring av psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper.

Forventninger/krav til tjenesten:

Etter gjeldene rutiner

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Samarbeide til det beste for bruker.

Dokumentasjon:

Prosedyremal

20. SIKRE/ETABLERE ETTERVERN INNEN PSYKISK HELSE OG RUSARBEID.

Nivå på tjenesten:

Oppfølging av brukere etter behandling i institusjon.

Forventninger/krav til tjenesten:

Samhandle med spesialisthelsetjenesten/fastlege og bruker med sikte på å utarbeide plan for videre oppfølging etter ferdigbehandling i institusjon.

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Være aktivt med i planarbeidet.

Dokumentasjon:

IP, kriseplan.



21. TVANGSINNLEGGELSER FOR RUSMIDDELA VHENGIGE: (HOT KAP.10)

Nivå på tjenesten:

Saksbehandle etter gjeldende lovverk
Utarbeide tvangssak og innhente dokumentasjon/epikriser fra spesialisthelsetjenesten/fastlege.
Føre saken i Fylkesnemda.

Forventninger/krav til tjenesten:

I tråd med egne retningslinjer

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Samarbeide til det beste for bruker.

Dokumentasjon:

Gjeldende lovverk, og mal for tvangssak.

22. SIKRE TVERRFAGLIG SAMARBEID FOR RUSMIDDELA VHENGIGE

Nivå på tjenesten:

Sikre arena for tverrfaglig samarbeid internt i kommunen, Bidra i «Ressursgruppe for rus» og «Barn i rusfamilier».

Forventninger/krav til tjenesten:

Deltakelse i etablerte arbeidsgrupper.

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Bidra til arena for samarbeid.

Dokumentasjon:

Mandat til «Ressursgruppe for rus».
Mandat til «Barn i rusfamilier».

23. GRAVIDE RUSMIDDELMISBRUKERE

Nivå på tjenesten:

Ved bekymringsmelding om gravid rusmiddelmisbruker, igangsette nødvendige tiltak i samarbeid med jordmor, fastlege og spesialisthelsetjenesten.
Inngå avtale om urinprøvetaking og blodprøvetaking. Følge opp prøvesvar sammen med fastlege/jordmor og Borgestadklinikken.
Iverksette tvangsinnleggelse, dersom det foreligger positivt prøvesvar, etter godkjenning fra Fylkesnemda.

Forventninger/krav til tjenesten:

Kompetanse innen rusarbeid. Helse-sosialfaglig høgskoleutdanning.

**Forventninger/krav til bruker/pårørende:**

Samarbeide i forhold til skriftlig avtale.

Dokumentasjon:

Mal for avtale: "Gravide rusmisbrukere".

24. BEKYMNINGSMELDINGER

Nivå på tjenesten:

Tjenesten får melding fra bruker/pårørende eller andre, om bekymring rundt bruker. Bekymringen dreier seg om fare for liv og helse.

Forventninger/krav til tjenesten:

Håndtere bekymringsmeldingen, og ved behov melde til fastlege. Igangsette nødvendige tiltak.

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Samarbeide til det beste for bruker.

Dokumentasjon:

Prosedyre for håndtering av bekymringsmelding.

25. FOREBYGGING/UTREDNING/BEHANDLING INNEN FOR RUS OG PSYKISK HELSE

Nivå på tjenesten:

Forebygging:

Ulike lavterskeltilbud om aktivitet, kid-kurs.

Utredning/kartlegging

Behandling:

Samarbeider med spesialisthelsetjenesten, individuelt tilpasset oppfølging.

Forventninger/krav til tjenesten:

Tilgjengelig informasjon om tilbudet

Forventninger/krav til bruker/pårørende:

Følge opp det som er avtalt av oppfølging fra tjenesten.

Dokumentasjon:

Ulike kartleggingsverktøy; Europ- Asi, Audit, Dudit, MI, Kid-kurs (mestring av depresjon) Individuell plan