

Tjenesteavtale 3-5, innan rusmedisin og psykisk helsevern for barn, unge og voksne i Bergen

Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern og TSB som antas å ha behov for tjenester fra Bergen kommune etter utskrivning fra institusjon

1. Bakgrunn

1.1. Avtalen bygger på

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

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

1.2 Avtalen gjelder for samhandling:

- i overgangssituasjoner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse-, omsorgs- og sosialtjenester.
- når tilbudene fra 1. og 2. linje er gjensidig avhengig av hverandre.

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

2. Regelverk med rammer for avtalen

[Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern](#)

[Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.](#)

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

[Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.](#)

[Lov om pasient- og brukerrettigheter](#)

[Lov om helsepersonell m.v.](#)

[Forskrift om pasientjournal](#)

[Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)

[Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen \(NAV\)](#)

3. Partene i avtalen

Avtalen gjelder mellom Bergen kommune og Helse Bergen HF, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS, Solli distriktpsykiatriske senter, Hospitalet Betanien og Voss Distriktpsykiatriske Senter NKS Bjørkeli.

4. Formål

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

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

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

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

4.5 Sikre forsvarlig informasjonsutveksling, dialog og samhandling mellom behandlingsnivåene.

4.6 Redusere risiko for uønskede hendelser.

5. Begrepsavklaringer

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

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

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

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

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

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

6. Partenes kontaktinformasjon

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

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

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

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

7. Taushetsplikt

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

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

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

8.2. For henvisninger til spesialisert rusbehandling benyttes fortrinnsvis egen henvisningsmal.

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

8.4. For henvisning til psykisk helsevern for voksne (>18 år) anbefales Infodoc brukere å bruke elektronisk mal som ligger i programmet og som er utarbeidet i samarbeid med PKO. Leger som bruker andre program bør gjøre seg kjent med behovet for nødvendig informasjon ved akutt og elektiv innleggelse, og disse henvisningene bør inneholde følgende informasjon:

- Pasientens navn og personnummer
- Adresse og telefonnummer der pasienten kommer fra, f.eks. hjemmet, korttidsplass, kommunal psykisk helse og rustjenester
- Navn på innleggende lege og pasientens fastlege
- Relevante diagnoser, aktuelle problemstillinger og sykehistorie
- Dersom det er relevant, informasjon om:
 - nåværende eller tidligere suicidalitets- og voldsproblematikk

- somatisk tilstand
 - rusmiddelavhengighet/psykisk helse
 - pasientens funksjonsnivå før inntak
 - Individuell plan der det foreligger
 - Oppdatert medikamentliste
 - Eventuelt behov for tolk (fremmedspråk, hørsel)
 - Nærmeste pårørende sitt navn og telefonnummer
 - Informasjon om pårørende er informert om innleggelsen
 - Informasjon om pasienten har omsorg for barn, og hvordan disse er ivaretatt
- 8.6. Henvisende lege skal konferere med sykehusets vaktlege per telefon før innleggelse for øyeblikkelig hjelp. Henvisende lege tar avgjørelsen om det er behov for spesialistvurdering.
- 8.7. Fastleger, legevakt i kommunen skal ved behov for akuttpsykiatrisk hjelp for voksne følge retningslinjer gitt i [akuttforløpet \(http://www.helse-bergen.no/fagfolk/henvisningsrutiner/Sider/akuttpsykiatrisk-hjelp-for-vaksne.aspx\)](http://www.helse-bergen.no/fagfolk/henvisningsrutiner/Sider/akuttpsykiatrisk-hjelp-for-vaksne.aspx) Versjon gjeldende 1.1.2014
- 8.8. Fastleger, legevakt og leder av den kommunale barneverntjenesten skal ved behov for akuttpsykiatrisk hjelp for barn og unge følge egne retningslinjer. Disse er angitt [her: \(http://www.helse-bergen.no/fagfolk/henvisningsrutiner/Sider/akuttpsykiatrisk-hjelp-for-barn-og-unge.aspx\)](http://www.helse-bergen.no/fagfolk/henvisningsrutiner/Sider/akuttpsykiatrisk-hjelp-for-barn-og-unge.aspx) Versjon gjeldende 1.1.2014
- 8.9. Henvisende lege kan konferere med vakthavende lege ved Avdeling for rusmedisin, for å drøfte rusdominerte tilstander som kan være aktuelle for innleggelse. Vakthavende lege ved Avdeling for rusmedisin kan nås via sentralbordet på Haukeland.
- 8.10. Innleggelse ØH av pasient med rusdominert tilstand kan skje til Akuttposten, som er lokalisert ved Bergen legevakt. Dersom slik innleggelse er aktuell, skal pasienten fortrinnsvis vurderes også av lege ved Bergen legevakt. Eventuell innleggelse direkte fra henvisende lege til Akuttposten kan bare skje dersom vakthavende lege konsulterer lege ved Akuttposten,
- 8.11. For pasienter som allerede mottar kommunale helse- omsorg- og sosialtjenester, skal som hovedregel relevante opplysninger følge pasienten ved innkost i spesialisthelsetjenesten.
- 8.12. Dersom henviser vurderer at pasienten har behov for transport til spesialisthelsetjenesten, skal transport rekvireres av henviser. Denne avgjør eventuelt behov for ledsager på reisen Pasientreiser dekkes av helseforetaket etter gjeldende [retningslinjer](http://www.pasientreiser.no). (www.pasientreiser.no)
- 8.13. Ved behov for tvungent psykisk helsevern følges de regler som er gitt i og i medhold av Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.
- 8.14. Ved behov for tilbakehold av rusmiddelavhengige i institusjon følges de regler som er gitt i og i medhold av Helse- og omsorgstjenesteloven kap.10.
- 8.15. Pasienter under Legemiddelassistert rehabilitering har alltid en behandlingskontakt i Avdeling for rusmedisin.
- 8.16 Pasienter som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten har en rett på helsehjelp. Dersom det er behov for ytterligere behandling innenfor samme fagområde, kan dette iverksettes ved sekundærhenvisning, uten ny rettighetsvurdering. Der det er etablert et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen rundt pasienten bør beslutning om ytterligere behandling baseres på dialog, drøfting og vurderinger som er gjort i dette samarbeidet. Dersom en pasient med en rett til nødvendig helsehjelp (for eksempel LAR) ønsker behandling innen somatikk eller psykisk helsevern, utformes en ny primærhenvisning, som rettighetsvurderes i aktuell enhet (somatikk eller psykisk helsevern).

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

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

- hvordan pårørende skal involveres underveis i døgnoppholdet og forberedes på utskrivelsen.
- om pasienten er i behandling/har annen behandlingskontakt som skal varsles/ kontaktes om innleggelsen

- hvor lenge innleggelsen antas å vare
- om man antar at pasienten kan skrives ut til hjemmet, det vil si at boforhold er avklart, også med pårørende der de er berørt, til kommunal helse- og omsorgstjeneste eller overføres til annen døgnenhet i spesialisthelsetjenesten
- hvilke behov pasienten antas å ha for bistand, inkludert fra pårørende og nettverk, etter utskrivelse fra aktuell avdeling
- status for Individuell plan (IP) og plan for revidering av IP

9.1. Spesialisthelsetjenesten v/behandlingsansvarlig enhet har ansvar for å sende melding til aktuelt kontaktpunkt i kommunen tidlig i behandlingsforløpet. Samarbeidet må starte umiddelbart og senest innen 1 uke når pasienter allerede er under kommunal oppfølging utover fastlege.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Rutiner for samhandling ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten

10.1. For å sikre at utskrivningsprosessen gjennomføres i et samarbeid mellom pasient/bruker, pårørende, fastlege og relevante tjenesteytere fra kommune og NAV, anbefales det at

prosessen styres ved hjelp av en sjekklister som inneholder nødvendige punkter for å ivareta pasientens og pårørendes behov for en trygg etablering utenfor døgnenhet i spesialisthelsetjenesten.

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

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

10.1.4. Samarbeidsmøte avholdes dersom det er behov for det og pasienten samtykker. Pårørende involveres i møtet etter pasientens samtykke. Der pårørende blir direkte berørt skal de involveres for avklaring.

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

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

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

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

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

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

10.3. Melding om utskrivningsklar pasient skal gis til aktuelt kontaktpunkt i kommunen.

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

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

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

10.6. Pasienter som har behov for kommunale helse- og/eller omsorgstjenester, skal som hovedregel skrives ut så tidlig på dagen som mulig, og senest kl 1500.

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

10.8. Opplysninger som er nødvendige for å ivareta en forsvarlig oppfølging av pasienten, skal alltid følge pasienten ved utskrivning. Minimumsdokumentasjon som skal foreligge ved utskrivning for pasienter som har behov for rask oppfølging i kommunen, skal som hovedregel inneholde:

- Diagnose og gjennomført behandling
- Informasjon om eventuell suicidalitets- og voldsproblematikk
- Oppdatert medikamentliste
- Plan for videre oppfølging
- Beskrivelse av endringer i funksjonsnivå
- Informasjon om pasienten har omsorg for mindreårige barn og om de er ivaretatt

- Eventuelt søkte hjelpemidler

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

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

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

10.12. Praktiske forhold som skal avklares før utskrivning:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. Rutiner for samhandling ved poliklinisk konsultasjon/dagbehandling (disse kommer i tillegg til rutiner i kap. 8).

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

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

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

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

12. Håndtering av avvik

Avvik/uønskede hendelser skal håndteres etter retningslinjene som er utarbeidet i h.h.t. overordnet samarbeidsavtale.

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

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

I tilfelle motstrid mellom denne avtalen og eventuelle særavtaler skal denne avtalen ha forrang. Konsekvensene av eventuelle avtalebrudd er regulert i overordnet samarbeidsavtale.

14. Iverksetting, evaluering og revisjon

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

Avtalen er gjeldende fra signeringsdato og gjelder frem til en av partene sier den opp med ett års oppsigelsesfrist, jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 6-5, 2. ledd. Dersom en av partene sier opp avtalen skal Helse Bergen HF varsle Helse Vest RHF. Det regionale helseforetaket skal varsle Helsedirektoratet, jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 6-5, 2. ledd.

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

Signeringsdato:

Dato:_____

Dato:_____

.....
Sign. Bergen kommune

.....
Sign. Helse Bergen

Dato:_____

.....
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus

Dato:_____

.....
Hospitalet Betanien

Dato:_____

.....
Voss Distriktpsikiatriske Senter NKS Bjørkeli

Dato:_____

.....

Solli distriktpsikiatriske senter