

Akuttkjedeprojektet

Sluttrapport:

Delprosjekt Psykiatri og Rus 2020

Innhold

1. Sammendrag	2
2. Bakgrunn	2
3. Prosess.....	3
3.1. Historikk.....	3
3.2. Organisering	4
3.3. Prosessmetodikk	5
3.4. Innsikter.....	5
4. Samhandlingsverktøy og løsninger	6
4.1. Rett pasient på rett sted.....	6
4.2. Pasientflyt.....	8
4.3. Mestringsplan ved kriser	9
4.4. Pasientens følgeskjema.....	10
4.5. Akuttsekk.....	10
4.6. App	10
4.7. BVC tiltakskort.....	10
5. Videre plan	11
6. Økonomi.....	11
7. Vedlegg:.....	12

1. Sammendrag

Prosjektet har hatt som mål å styrke den akutte helsetjenesten for psykiatri og rus i Telemark. Det er gjennomført et omfattende forbedringsarbeid, og dette gir et godt grunnlag for framtidige mål og tiltak.

I den innledende fasen av prosjektet var det viktig å få fram dagens situasjon for alle aktørene i akuttkjeden, for deretter å skape et omforent utfordringsbilde og en prioritering av innsatsområder. I dette prosjektet har vi prioritert å jobbe med de utfordringene som favnet størst antall pasienter samt de utfordringene som berørte flest aktører i kjeden.

Prosjektet har etablert en forbedret pasientflyt for akutt psykiatri og rus som er oppdatert i Appen «Akuttkjeden Telemark». Det har blitt gjort konkrete endringer i utstyrslista for akuttsekkene slik at akutte hendelser innen fagfeltet kan ivaretas på en bedre måte. Videre er pasientens følgeskjema tilpasset slik at det blir lettere for aktørene i akuttkjeden å dokumentere viktig informasjon knyttet til akutte hendelser for rus- og psykiatri.

Det er utarbeidet flyt og mal for «Mestringsplan ved kriser» (som er nytt navn på kriseplan). Gruppen anbefaler å legge denne tilgjengelig i kjernejournal i og med at de ulike aktørene i akuttkjeden har ulike digitale journalsystemer som per dags dato ikke snakker sammen.

Basert på det omforente utfordringsbilde må følgende tema som vil bedre tjenesten for psykiatri og ruspasienter inkludert barn og unge, jobbes videre med:

- Ett telefonnummer inn til sykehus (en vei inn)
- Spesialist i front
- Felles psykiatrisk legevakt for Telemark
- Felles akuttmottak for somatikk og psykiatri
- Ett Ambulant Akutteam for Telemark

Prosjektgruppens klare råd er at disse punktene må diskuteres videre i helsefelleskapet etter endt prosjektperiode.

2. Bakgrunn

Målsetting med akuttkjedeprojektet er at Telemark skal ha Norges beste akuttkjede. Dette innebærer

- Trygge medisinske tjenester for alle akutte tilstander for befolkningen i hele Telemark
- En helhetlig, sammenhengende akuttkjede
- En ensartet, kunnskapsbasert praksis

Prosjektet skal bidra til å styrke akuttkjeden innen somatikk og psykiatri i hele Telemark, og pasienten skal ivaretas i alle ledd. Målet er en likeverdig, ensartet og kunnskapsbasert praksis når det gjelder diagnostikk og behandling av akutte tilstander. De akutte behandlingsforløpene skal gjennomføres på en slik måte at pasientene får:

- Rask og riktig diagnostikk
- Klargjort behandlingsalternativer på riktig nivå
- Igangsatt adekvat behandling i tråd med gjeldende beste praksis

Akuttkjeden for psykiatri og rus skiller seg fra den somatiske akuttkjeden ved at de akutte hendelsene ofte er komplekse, «utydelige» og sammensatte med mange involverte aktører. Pasientene som havner i akutt krise kan ha vanskelighet med å kommunisere krisen tydelig, eller de kan vegre seg for å snakke eller motta hjelp i sin helhet. Spørsmål om tvang kan bli nødvendig og ulike lovverk påvirker da både hvilken vei akuttkjeden skal ta samt hvilke aktører som blir nødvendig å sette inn i kjeden for å yte god helsehjelp og samtidig ivareta sikkerhet til både pasient og hjelpere. Utfordrende atferd er også noe som kan møte aktørene i kjeden ved akutte hendelser. Eksempelvis kan det være utfordrende og beskrive en tydelig problemstilling hos en pasient som er svært ruset. Vi vet også at pasienter som sliter med rus og eller psykiske problemer ofte har en dårligere somatisk helse, og at de sjeldent oppsøker fastlege for somatiske problemer.

Som en konsekvens av Covid-19 pandemien ble prosessen med prosjektarbeidet berørt i form av forsinkelser. Flere møter måtte i starten av pandemien avlyses som følger av krevende dager for alle involverte på sine arbeidsplasser. Videre ble det nødvendig å gå fra oppmøtemøter til digitale prosjektmøter. Erfaringer med dette er at vi får gjennomført, men at dialogen, diskusjonen og relasjonen i gruppen ikke får samme intensitet og effektivitet som ved stedlige møter. Dette har også vært status ved slutten av prosessperioden, noe som har ført til at vi ikke kom helt i mål med alle ønskede prosesser før avsluttet periode. Arbeidet med ferdigstilling av restanselisten videreføres til helsefelleskapet som skissert i rapporten.

3. Prosess

3.1. Historikk

2016: Kartla både akuttflyter og akutttilbudet i Telemark.

2017: Startet hovedprosjektet, og dette ble organisert i en hovedprosjektgruppe og fire delprosjekter med fokus på somatikk

2019: Oppstart delprosjekt psykiatri og rus. Samling på Notodden både i mars og november med representanter fra 1. og 2. linjen samt bruker og pårørendeorganisasjoner hvor agendaen var å kartlegge dagens situasjon og få et omforent utfordringsbilde.

Det ble etablert i november 2019 en delprosjektgruppe som skulle jobbe videre med forbedringsarbeidet innen psykiatri og rus.

3.2. Organisering

Vi starte ut med en stor prosjektgruppe. Deretter fordelte vi utfordringsbildet opp i ulike arbeidsoppgaver og dannet mindre arbeidsgrupper basert på bredde og kompetanse. Vi har vekslet mellom møter i små arbeidsgrupper og stormøter i prosjektgruppen, noe som har fungert bra. Det var viktig med forankringsmøter i prosjektgruppen slik at vi ble omforent om de ulike prosessene som pågikk i arbeidsgruppene.

Hovedprosjektgruppe

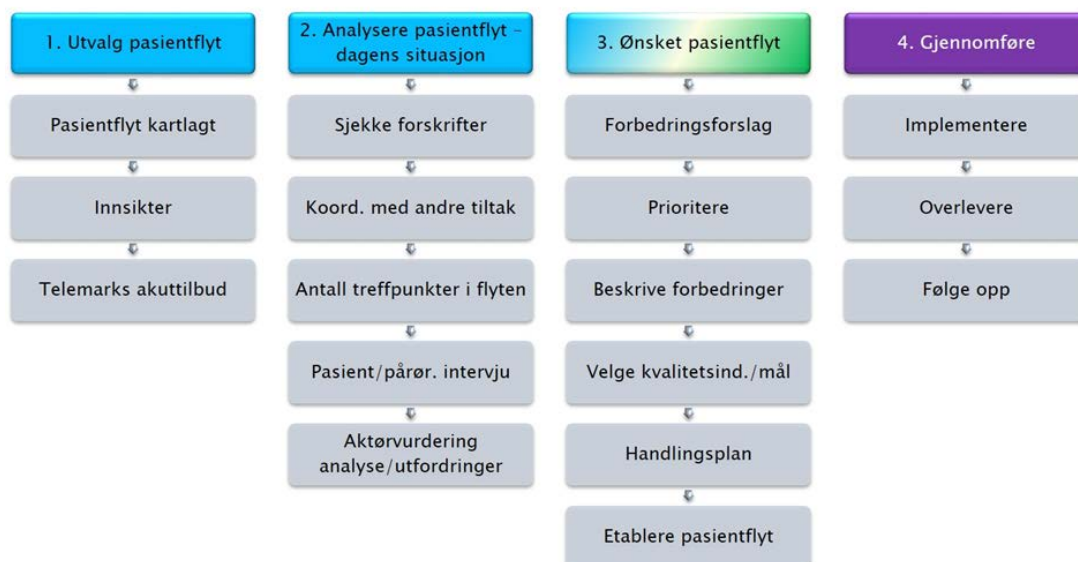
Kaia Kvammen	DPS akutt (prosjektleder) STHF
Renate Stenstrøm	A-Larm
Anders Mølmen	Legevakt Bamble kommune
Cecilie K Aas	Ungdomspsykiatri STHF
Marte Riis Jensen	Barne- og ungdomsklinikken STHF
Mads Nygaard	Seksjon for psykose Porsgrunn STHF
Trude B Sanden	Kommuneoverlege Skien kommune
Gro Ruud	Seksjon for avrusning STHF
Espen Andreassen	Politiet
Steinar Planting	DPS akutt STHF
Camilla Heggeli Kvisvik	Psykisk helsetjeneste Skien kommune
Tobias Ruud	Psykisk helsetjeneste Siljan kommune
Heidi Ekornrød Pedersen	Psykisk helsetjeneste Porsgrunn kommune
Hege Holmern	Samhandlingskoordinator STHF
Lene Himberg Krosshus	Ambulanse Notodden STHF
Ida Bangsund	Akuttmottak Notodden STHF
Kari Beate Øverjordet	Hjemmebaserte tjenester Porsgrunn kommune
Grete Bø	AMK SIV/STHF
Elin Erikstein	Psykisk helsetjeneste Tokke kommune
Dag Aas	Utviklingsavd. STHF (fasilitator)

Arbeidsgrupper

Gruppe 1 - Mestringsplan	Gruppe 2 - Verktøy	Gruppe 3 – Rett pasient på rett sted
Hege Holmern (teamleder)	Dag Aas (teamleder)	Kaia Kvammen (teamleder)
Camilla Heggeli Kvisvik Tobias Ruud Heidi Ekornrød Pedersen	Lene Himberg Krosshus Ida Bangsund Kari Beate Øverjordet Grete Bø Elin Erikstein	Steinar Planting Renate Stenstrøm Anders Mølmen Cecilie K Aas Marte Riis Jensen Mads Nygaard Fredrik Nilsen Trude B Sanden Annette Thoresdatter Gro Ruud Espen Andreassen Harry Achterberg

3.3. Prosessmetodikk

Prosjektet har benyttet en standard forbedringsmetodikk som inkluderer fire steg. Første steg fokuserte på å få oversikt over helheten i akuttkjeden – kartlegging, beskrivelse og innsikter som la grunnlaget for videre arbeid. I steg to analyserte vi dagens situasjon, inviterte til nettverkssamlinger, konferanser og arbeidsmøter for å få et omforent utfordringsbilde. Tredje steg handlet om forbedringer – ønsket pasientflyt for psykiatri og ruspasienter i akuttkjeden. Vi gjenbrakte og oppdaterte støtteverktøy fra somatikken, tegnet ny pasientflyt og utviklet løsninger som ivaretar pasientene og tjenestene på en bedre måte. Steg fire vil fortsette inn i 2021 og har fokus på å implementere verktøy, løsninger og pasientflyt som er utviklet i steg tre. Dette inkluderer også en overlevering fra prosjektet og en oppfølgingsplan for å sikre varig effekt.



3.4. Innsikter

I kartleggingen fra 2016 ble det synliggjort mange viktige innsikter både for somatikk og psykiatri og rus. I 2019 arrangerte vi to nettverksmøter for representanter fra psykiatri og rus 1./2. linje og brukerrepresentasjon. Konklusjonen var at utfordringsbildet var likt med kartleggingen fra 2016 og følgende innsikter ble prioritert inn i arbeidet med delprosjekt psykiatri og rus.



Manglende tillitt og anerkjennelse

- Aktørene i akuttkjeden har uavklarte forventninger til hverandre. De stoler ikke på hverandre eller hverandres vurderinger. Dette resulterer i at pasientene undersøkes unødvendig mange ganger. Dette gjelder både utenfor og innenfor sykehuset.

Standardisering gir gode pasientforløp

- Vi ser at de standardiserte flytene gir en raskere og riktigere behandling og mindre variasjon i forløpet. Ikke-standardiserte pasientforløp kan være belastende for pasienten, og medfører bortkastet tid og ressurser. Antall kommunale akutte døgnplasser (KAD), bemanning og tilbud/praksis for innleggelse ved disse, varierer mellom kommunene. Tilstedeværelse av allmenlege er svært varierende.

Tid- og ressurskrevende innleggelser for akuttpsykiatriske pasienter

- Nesten alle akutt psykisk syke pasienter må via legevakt og til Skien for innleggelse. Dette medfører ofte svært lange og kronglete reiser, og det binder opp mange ressurser over lange tidsrom. De kommunale legevaktene i Telemark har ulike åpningstider, utstyr, bemanning og kompetanse. De forskjellige leddene i akuttkjeden bruker ulike systemer og kriterier for vurdering av hastegrad og kritikalitet.

4. Samhandlingsverktøy og løsninger

4.1. Rett pasient på rett sted

Prosjektet har jobbet med et mål for øye, **hva vil være best for pasienten**. Hva kan gjøres av endringer i dagens akuttkjede for å sikre en kvalitetsforbedring for alle pasienter uavhengig av tilstand og alder. De fem punktene under er forslag til forbedringer vi mener vil være en klar kvalitetsforbedring, men som må videreutvikles og diskuteres mer inngående i helsefelleskap og internt på sthf.

Ett nummer inn: I prosjektet framkommer det vanskeligheter knyttet til tilgjengelighet for aktører utenfor STHF. Det oppleves uoversiktlig og mange nummer å forholde seg til, særlig i tilfeller med akutt pasienter med uklart akuttbilde. Det vil være en klar kvalitetsforbedring med ett nummer inn til STHF uavhengig av akutt tilstand, tid på døgnet og til hvilke aktør. Sentralbord vil så basert på sitt støttesystem sette over telefon til riktig funksjon/person. Her vil vi poengtere at tilbudet skal gjelde for barn og unge på lik linje med akutte tilstander for voksen pasienter.

Spesialist i front: Akutt vurderinger av psykiatri og rus pasienter på legevakt kan ofte være både kompliserte og tidkrevende med behov for rådføring av spesialisthelsetjenesten lege til lege. For å styrke akuttkjeden for psykiatri og rus foreslås det spesialist i front innenfor psykisk helse og rus uten opphold og forsinkende ledd. Dette vil innebære en endring av dagens organisering, men prosjektgruppen mener dette vil bidra både til å styrke tillitten og kommunikasjonen mellom aktørene samt minske belastningen for pasienten ved redusert ventetid.

Felles akuttmottak psykiatri/somatikk: Akutte tilstander for psykiatri og ruspasienter kan ofte være kompliserte. Underliggende somatiske lidelser kan utløse forverring i psykisk lidelse, noe som gjør det vanskelig å vurdere hvor pasienten best kan få akutt hjelp. Ved å samlokalisere akuttmottaket på STHF kan helhetlig helsehjelp tilbys uten opphold og pasienten kan avklares raskere uten å måtte sendes mellom klinikker i den akutte fasen. Dette vil også være tidsbesparende for aktører som politi og ambulanse som transporterer pasienter mellom klinikker. På samme måte som ett nummer inn vil dette sikre en vei inn. Dette forslaget vil også kreve en endring av tjenesteutformingen slik vi kjenner den i dag. Vi mener dette vil være en kvalitetsforbedring for pasienter i akuttkjeden for psykiatri og rus.

Felles psykiatrisk legevakt i Telemark: Ulik kompetanse og trygghet i vurderingene av akutte psykiatri og ruspasienter på de ulike legevaktene i Telemark gjør at vi anbefaler å se på en mulighet for en felles psykiatrisk legevakt i Telemark. Dette vil sikre et mer likeverdig tilbud til pasienter i Telemark. Det vil også kunne sikre at pasienter blir tatt imot i mer egnede lokaler der sikkerhet for både pasient og aktører som yter helsehjelp blir ivaretatt på en bedre måte der vurderingskompetansen vil være høyere enn ved lokale legevakter. utfordringer knyttet til dette forslaget er flere og kompliserte. Vi har i dette prosjektet ikke tatt stilling til lokasjon, økonomi, bemanning eller organisering, men kun fokusert på hva som vil være en betydelig forbedring for pasienten. I tillegg vil reisevei være et tema i denne diskusjonen, men samtidig vil det også hær være en lokasjon med ett nr. og en vei inn.

Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 sier;

«I en akutt krise trengs det rask og mest mulig treffsikker hjelp med involvering av flere ledd i kjeden. I NOU 2015: 17 Først og fremst – et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skade utenfor sykehus foreslås flere tiltak, herunder å knytte akutt-teamene i psykisk helsevern tettere til legevakter slik at de fungerer som psykiatriske legevakter, dvs. uten henvisning og forhåndsavtale.»

Ett Ambulant Akutteam (AAT) i Telemark: Når det gjelder dagens organisering av akuttlinjen i KPR er det ønskelig med ett felles AAT i Telemark. Dette sikrer et nummer inn samt et likeverdig tilbud uavhengig av bosted. AAT i øvre Telemark er knyttet til en eksisterende døgnsesjon og henvendelsene er relativt få sammenliknet med AAT nedre Telemark. Ved så samle AAT tjenesten under ett vil alle pasienter møtes av et team med høy vurderingskompetanse innenfor akutte henvendelser, samt at henvisende aktør møter et fagkompetent team som har dette som eneste fokusområde. Det vil også være ønskelig å knyttet til seg kompetanse innenfor barne- og ungdomspsykiatri i AAT, og kanskje kan dette løses ved tettere samhandling med vaktssystemet i BUP. Viktig også å holde fokus på den ambulante virksomheten dette teamet kan tilby.

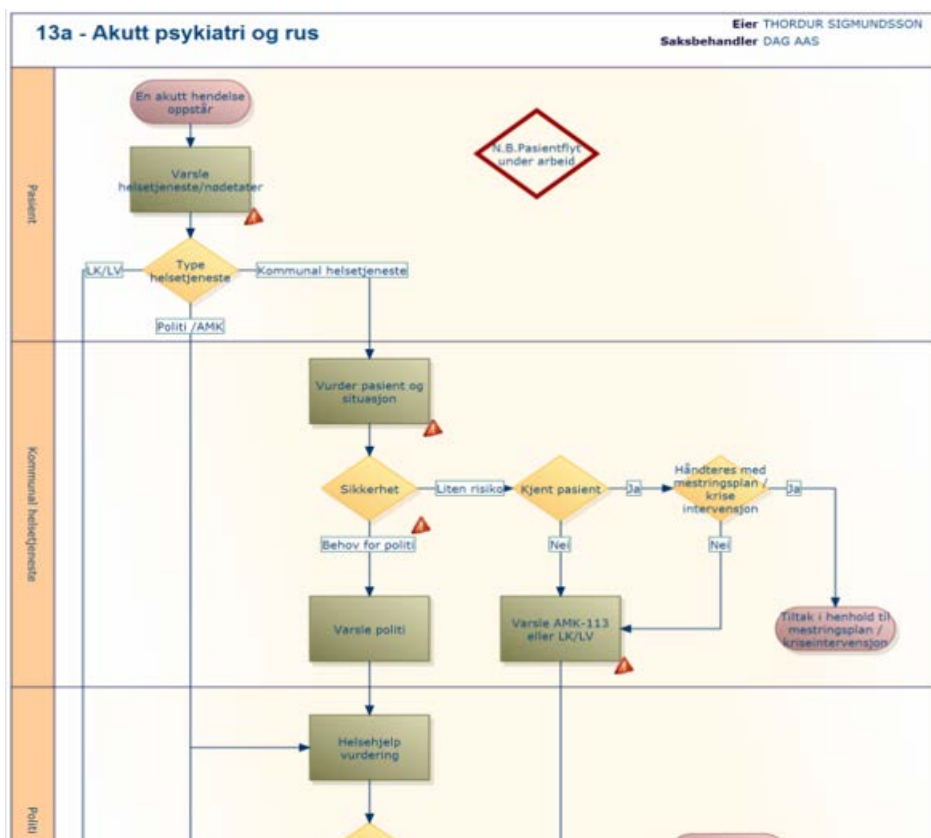
4.2. Pasientflyt

Under steg 3 i prosessen har vi tegnet ønsket pasientflyt for Akutt psykiatri og rus. Arbeidsgruppa startet med dedikerte flyter for kontaktårsaker, men konkluderte med at den beste løsningen var heller å lage en universell flyt for Akutt psykiatri og rus. Denne flyten kan benyttes for Utagerende adferd (risikoatferd inkl. rus og voldelig atferd inkl. rus), Selvdestruktive tanker og atferd (overdose, intox, selvskadning og selvmordsforsøk), Psykiatri og rus for barn og unge og Psykose/forvirring.

Pasientflyten ble tegnet i et flytverktøy (Soludyne) og publiseres via Appen «Akuttkjeden Telemark». I tillegg vil flyten ligge i STHF sitt Heliksværktøy som hoveddokumentasjon.

Flytene inkluderer alle aktører og viser veien for pasienten fra en hendelse oppstår til den er ferdig utredet enten på akuttmottak eller blir avklart tidligere i flyten. Aktivitetsboksene i flyten er interaktive (klikkbare for å lese mer instruksjoner og informasjon relatert til hendelsen og aktøren).

Eksempel på starten av pasientflyten (Hele flyten «Akutt psykiatri og rus» ligger som vedlegg)



4.3. Mestringsplan ved kriser

Det er et mål at flere pasienter / brukere har en Mestringsplan ved kriser (tidligere kalt kriseplan). Mestringsplanen skal være et dynamisk verktøy for pasienter / brukere som er nyttig ved forverring. Det erfares i dag at for mange kommer direkte til innleggelse og at kapasiteten i den kommunale tjenesten ikke blir benyttet i tilstrekkelig grad. Mestringsplanen skal synliggjøre kommunal jobbing og styrke og øke bruken av kommunale ø-hjelp senger. Mestringsplanen er et godt verktøy i brukes i dialog med pasienten. Forskning viser at slike planer er virksomme -mht forebygging av selvmord

Planen har to perspektiver:

- Den er viktig for pasientens mulige mestring.
- Den er viktig som informasjon på systemnivå

Og tre nivåer:

- Det er de symptomer som bruker/ pasienten selv mestrer gjennom egne ressurser
- Hvor symptombilde krever kommunalinnsats
- Hvor alle etater er inne -ofte innleggelse i spesialisthelsetjenesten

Anbefaling fra gruppen vedr bruk av mestringsplaner

- Mestringsplan bør utarbeides sammen med pasient og aktuelle aktører.
- Mestringsplanen bør etableres på en felles digital plattform
- Kjernejournal bør benyttes for mestringsplan da denne vil gi tilgang på tvers av forvaltningsnivå (lege - lege)
- Sikre at pasienten formidler hva han/hun ønsker i vanskelige perioder med symptomforverring.
- APPen (VAP – Veileder i Akuttpsykiatri) fra Østfold bør benyttes på Legevakt og hos aktuelle aktører innen psykisk helsetjeneste og rus samt LIS leger på KPR
- Sikre at mestringsplanen er oppdatert til enhver tid -legge inn evalueringpunkter – se flytskjema
- Etablere rutine for ettersamtale etter bruk av mestringsplan
- Mestringsplanen kan være et nyttig verktøy i flyten i akuttkjeden slik at pasient / bruker får hjelp på riktig omsorgsnivå.

Prosjektet anbefaler også å styrke kompetansen og øke bruken av KAD (Kommunale akutt døgnplasser)

Det er utarbeidet flytskjema for Mestringsplan og en standardisert mal for innholdet i en planen (se vedlegg). Det bør jobbes videre med ansvar for oppdatering av mestringsplan og hvordan evaluere flyt og mal etter overlevering.

4.4. Pasientens følgeskjema

Et felles følgeskriv, med vitalparametere og annen relevant pasientinformasjon.

Prosjektet anbefaler en ny oppdatert versjon av følgeskjema som inkluderer:

- 4 nye felter i venstre kolonne (Ja/nei): Inntak av alkohol?, Inntak av rus?, Mestringsplan ved kriser? og Har pasienten uttrykt ønske/plan om å ta sitt eget liv?
- Ny linje for måling av BVC i høyre kolonne
- Info om BVC og oppdatert ISBAR (B og A) (bakside)

4.5. Akuttsekk

Akuttsekk med logo «Akuttkjeden Telemark» som inneholder nødvendig utstyr for å ta vitalparametermålinger og håndtere akutte tilstander på stedet. Det er pr. nå ca. 250 sekker som er tatt i bruk i kommunalhelsetjenesten i Telemark. I 2021 anbefaler prosjektet at sekken blir oppdatert med følgende utstyr i kommunene for å ivareta psykiatri og ruspasienter:

- Redningssekk (brukes av ambulansen i dag) - kostnad: ca. 800,-
- Nyxoid nes spray (2 pk) Må inkludere beskrivelse av fremgangsmåte – kostnad: 390,- (holdbarhet fra produksjon 3år/fra leverandør ca. 2 år)
- Enkeltmannspakke

4.6. App

Appen «Akuttkjeden Telemark» er til bruk for alle aktørene i akuttkjeden i Telemark. Appen skal bidra til at pasienter og helsepersonell opplever et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp. Verktøyet knytter aktørenes handlinger sammen i de beskrevne akutte pasientforløpene.

4.7. BVC tiltakskort

BVC (Brøset Violence Checklist) <http://riskassessment.no/> er en 6-punkts sjekkliste som skal bidra til at helsepersonell lettere kan predikere voldelig atferd i et kortsiktig perspektiv (de neste 24 timer) og gjennom dette forhindre og forebygge uønsket og farlig atferd. BVC er utviklet med bakgrunn i at voldelige hendelser sjelden opptrer uten forutgående varsels- eller faresignaler.

Vurderingspunkter (se Akuttkjeden App - BVC tiltakskort eller Tiltaksbok Ambulanse 10.01 Psykiske lidelser):

0 poeng: Liten eller ingen risiko for vold på kort sikt,

1-2 poeng: Moderat risiko for vold, forebyggende tiltak bør iverksettes

3-6 poeng: Høy risiko for vold, forholdsregler skal iverksettes og planer for hvordan møte et angrep legges

Det er for BVC laget et tiltakskort som er oppdatert i Appen (se vedlegg):

5. Videre plan

De tiltak som skal sikre at samhandlingen/kompetanseutviklingen som er etablert gjennom Akuttkjedeprojektet på systemnivå videreføres og utvikles videre. (Pasientens følgeskjema, akuttsekkene, appen og kompetanseutviklingen). Disse punktene bør ivaretas gjennom strukturen i Helsefelleskap.

Tekniske løsninger på overordnet nivå ivaretas av utviklingsavdelingen ved STHF og eventuelle eksterne leverandører. Videre vedlikehold og utvikling av Pasientflytene vil bli ivaretatt, men må baseres på faglig innhold og endring/utvikling i tråd med nasjonale retningslinjer og metoder innenfor det enkelte fag.

Løpende utvikling/oppdatering av «beste praksis» og dialog med fagmiljøer i og utenfor sykehuset må ivaretas av den enkelte flytansvarlige og dennes linjeledelse. Dette handler om at pasienter innenfor den enkelte diagnose/tilstand skal få best mulig samlet akuttbehandling – blant annet ved at de som utfører diagnostikk og behandling FØR innleggelse på sykehus skal være kjent med hva som er det aktuelle spesialistmiljøet (flytansvarlig).

Basert på det omforente utfordringsbilde må følgende tema som vil bedre tjenesten for psykiatri og ruspasienter inkludert barn og unge, jobbes videre med i helsefelleskapet.

- Ett telefonnummer inn til sykehus (en vei inn)
- Spesialist i front
- Felles psykiatrisk legevakt for Telemark
- Felles akuttmottak for somatikk og psykiatri
- Ett Ambulant Akutteam for Telemark









Prosjektgruppens klare råd er at disse punktene må diskuteres videre i helsefelleskapet etter endt prosjektperiode.

Det er ønskelig å filme en instruksjonsfilm til bruk for opplæring av akuttflyt rus og psykiatri våren 2021. Det søkes om innovasjonsmidler for dette.

6. Økonomi

Delprosjektet har hatt utgifter knyttet til to samlinger på Notodden i 2019. Ut over dette har det ikke vært økonomiske kostnader knyttet til prosjektet.

7. Vedlegg:

Vedlegg	Navn	Vedlegg
1	Flytskjema: Akutt psykiatri og rus (vil også ligge i Heliks ID: xxx) Se også: https://sthf.soludyne.net/mobile.htm	 PsykiatriogRus_flytinfo.docx  Akutt psykiatri og rus_271120.jpg
2	Pasientens følgeskjema	 PasientensFølgeskjemaVer.3_191020.pdf
3	Utstysrliste Akuttsekken	 UtstysrlisteAkuttsekken.pdf
4	BVC tiltakskort	 BVCtiltakskort.jpg
5	Mestringsplan flytskjema	 MestringsplanFlyt160920.pdf
6	Mestringsplan mal for innhold	 MestringsplanMal.pdf
7	Handlingsplan for forebygging av selvmord (link)	
8	Omforent utfordringsbilde (kartlegging 2019-2020)	 Kartlegging_omforent_utfordringsbilde.pdf