



Sel kommune

KOMMUNEDELPLAN FOR OMSORGSTJENESTER I SEL KOMMUNE 2014 – 2020



Delplan Psykisk Helsearbeid

Vedtatt av Sel kommunestyre 17. februar 2014

Forsidebilde, Fotograf: Liv Annette Nygjerdet, Informasjonsrådgiver Sel kommune

Innholdsfortegnelse

DEL I. GENERELL DEL.....	5
1 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR PLANARBEIDET	5
1.2 OPPNEVNING, MANDAT, SAMMENSETTING AV ARBEIDSGRUPPE	5
1.3 KOMMUNALE PLANER.....	7
2 STATLIGE FØRINGER	8
2.1 BAKGRUNN	8
2.2 LOVGRUNNLAG	8
2.3 SENTRALE RUNDSKRIV MV.....	9
2.4 SAMHANDLINGSREFORMEN	9
DEL II: PSYKISK HELSEARBEID	11
3 ÅRSAKER OG UTVIKLINGSTREKK	11
3.1 FAKTORER SOM FREMMER OG HEMMER PSYKISK HELSE.....	11
3.2 UTVIKLINGSTREKK GENERELT	12
3.3 UTVIKLINGSTREKK I SEL KOMMUNE	13
4 PSYKISK HELSEARBEID.....	17
4.1 DEFINISJON OG AVGRENSNINGER	17
4.2 KRAV FOR AT TJENESTEN SKAL FUNGERE I TRÅD MED INTENSJONENE.....	18
4.3 LIKESTILLING – LIKEVERD	18
4.4 BRUKERMEDVIRKNING	19
5 ORGANISERING.....	20
5.1 INNLEDNING	20
5.2 PSYKISK HELSEARBEID FOR VOKSNE	20
5.3 PSYKISK HELSEARBEID FOR BARN OG UNGE	21
6 KOMPETANSE	22
7 PSYKISK HELSEARBEID – ET TVERRFAGLIG FAGFELT	24
7.1 TVERRFAGLIG SAMARBEID	24
7.2 INDIVIDUELLE PLANER (IP).....	25
7.3 PERSONLIG KOORDINATOR.....	26
7.4 ANSVARSGRUPPE.....	26
7.5 KOORDINERENDE ENHET	27
8 OPPGAVER I KOMMUNENS PSYKISKE HELSEARBEID	28
8.1 GENERELT	28
8.2 UTREDNING OG VURDERING MV – FASTLEGENS ROLLE	28
8.3 BEHANDLING – OPPFØLGING MV	29
8.4 HENVENDELSER / ETTERSPØRSEL ETTER TJENESTER	29
8.5 KVALITETSSIKTING - DOKUMENTASJON.....	30
9 SAMHANDLING MELLOM KOMMUNEN OG SPESIALISTHELSETJENESTEN	31
9.1 OM SPESIALISTHELSETJENESTEN	31
9.2 DØGNINSTITUSJONER	31

9.3	TVUNGET PSYKISK HELSEVERN	32
9.4	PLASSER FOR ØYEBLIKKEG HJELP.....	32
9.5	AKUTTE - AMBULANTE TJENESTER	32
9.6	AVGIFTING (AVRUSING)	33
9.7	SAMARBEIDSORGANER - SYSTEMER	33
10	ANDRE LOKALE, REGIONALE OG STATLIGE SAMARBEIDSARENAER	36
DEL III:	PSYKISK HELSEARBEID FOR BARN OG UNGE	38
11	PSYKISK HELSEARBEID FOR BARN OG UNGE	38
11.1	INNLEDNING	38
11.2	FOREBYGGENDE INNSATS FOR BARN OG UNGE	38
11.3	UTVIKLING AV EN GOD PSYKISK HELSE	39
11.4	SENTRALE AKTØRER.....	42
11.5	VERKTØY OG PROGRAMMER BRUKT/ UNDER VURDERING I SEL KOMMUNE	45
11.6	BARN I RISIKO	47
11.7	SPESIELLE TILBUD RETTET MOT BARN- OG UNGE	47
11.8	SAMARBEIDSORGANER -MODELLER LOKALT	49
DEL IV:	PSYKISK HELSEARBEID FOR VOKSNE	51
12	PSYKISK HELSEARBEID FOR VOKSNE	51
12.1	INNLEDNING	51
12.2	MÅL OG MÅLGRUPPER.....	51
12.3	BEHANDLING – OPPFØLGING.....	52
12.4	VIKTIGE FOKUSGRUPPER.....	53
12.5	AKTIVITETER PÅ LIVSOMRÅDET HELSE	54
12.6	AKTIVITETER PÅ LIVSOMRÅDET BOLIG, - INKL BISTAND OG OPPFØLGING	56
12.7	AKTIVITETER PÅ LIVSOMRÅDET MESTRING - ARBEID, SYSSLESETTING, UTDANNING	58
12.8	AKTIVITETER PÅ LIVSOMRÅDET ØKONOMI - ØKONOMISKE VIRKEMIDLER	61
12.9	AKTIVITETER PÅ LIVSOMRÅDET SOSIAL FUNGERING - SOSIALE MØTEPLASSER	62
13	BISTAND I KRISER OG KATASTROFER	65
DEL V	HANDLINGSPLAN	66
	<i>Litteratur - /Referanseliste</i>	<i>69</i>
	<i>Vedlegg.....</i>	<i>70</i>

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for planarbeidet

Psykisk helsearbeid er i stadig endring. Det er store krav til flerfaglig og tverrfaglig kompetanse og samordning gjennom økt fokus på individuelle løsninger og brukermedvirkning. Behovet for å kunne leve fullverdige liv slik en selv ønsker det, er i prinsippet det samme om en har en psykisk lidelse, rusrelatert lidelse eller ikke. Institusjonsopphold innen psykisk helsevern er nå som ved andre lidelse / sykdommer, tidsavgrenset og i hovedsak ved akutte tilstander.

Psykisk helsearbeid i kommunen omfatter tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske plager /lidelser og konsekvenser av dette hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering.

Sel kommunes plan for psykisk helsearbeid skal omfatte tjenester og tiltak for både barn, unge og voksne, inkludert personer med rus og dobbeltdiagnose psykiatri og rus.(ROP lidelser)¹ Den er ikke en ruspolitisk handlingsplan. Alderspsykiatri og aldersdemens er heller ikke en del av denne planen, men omhandles i egen delplan under omsorgsplanen (2012 – 2020).

Sel kommune har hatt egne planer for fagfeltet siden perioden for opptrappingsplanen innen psykisk helse der det ble stilt krav om rullerende planer for perioden 1998 – 2010. Innen rusfeltet har det fra 2004 vært flere reformer, men kravet om planer har ikke vært like klart. I regionen har det imidlertid vært satset på interkommunale ruspolitiske planer og interkommunale alkoholpolitiske retningslinjer.

Fra 2009 gikk det øremerka tilskuddet til psykiatireformen inn i rammeoverføringene til kommunene og fra 2013 er størsteparten av de øremerkede tilskuddene til kommunalt rusarbeid innlemmet i rammetilskuddet.

Staten understreker at kommunene da er satt i stand til å opprettholde og videreføre kompetansen som er opparbeidet gjennom tiltakene og å sikre videre drift av tiltak som har vist seg effektive.

I denne planen er det også prøvd og synliggjøre områder som andre instanser enn tjenesten for psykisk helsearbeid i kommunen har ansvar for og som de er pålagt etter lov og forskrift.

1.2 Oppnevning, mandat, sammensetting av arbeidsgruppe

Utarbeiding av ny plan for psykisk helsearbeid er en del av arbeidet med kommunens omsorgsplan. Mandatet til omsorgsplanen vil også være styrende for denne planen.

I plansammenheng blir Omsorgsplanen den overordna, under den kommer delplan for ReHabilitering. Psykisk helsearbeid er en viktig del av den helhetlige rehabiliteringa i

¹ ROP lidelser er dobbeltdiagnose rus psykisk lidelse

kommunen. Plan for psykisk helsearbeid blir derfor mer en plan under eller som supplement til rehabiliteringsplanen.

Det var nedsatt en styringsgruppe for omsorgsplanen. Driftsutvalget var referansegruppe. Det ble nedsatt 5 arbeidsgrupper hvorav arbeidet med denne planen lå til arbeidsgruppe 4, Psykisk helse – Rehabilitering.

Mandat for gruppe 4:

Rullering av eksisterende plan/ny delplan rehabilitering

Rullering av eksisterende plan/ ny delplan psykisk helse

Tverrfaglig samarbeid

Anbefalinger for planperioden i Sel

Det har av ulike grunner, vært en del utskiftninger av arbeidsgruppe 4 under veis. Følgende har vært direkte involvert i arbeidsgruppa helt eller deler av tida:

Åse Lundemo, Virksomhetsleder for rehabilitering, leder av arbeidsgruppa
Rita Randen/ Synnøve Tellefsen. Konst. Fagleder/Virksomhetsleder for psykisk helsearbeid for ulike perioder.

Hanna Bø Psykiatrisk sykepleier for en periode

Synnøve Harerusten / Berit Rosten Haugstulen: Helsestasjonen. Vekslet noe i starten.

Britt Slettmoen / Mona Lisa Skomakerstuen, Ergo – og fysioterapitjen., for en periode hver

Elvyra Podeniene Kommunelege 2

Arne Halvorsen / Kari Kjørsum, Eldrerådet - en periode hver

1 brukerrepresentant fra psykisk helsearbeid.

Under arbeidet har gruppa invitert ulike deltakere som: Virksomhetsleder for helsestasjonsvirksomheten, Anne Enkerud Lien, psyk. sykepleier/ miljøterapeut Gry Hege Hagberg, tidligere kommunalsjef Kåre Eide, tidligere virksomhetsleder for PLO Otta, Anne Grete Furuheim, tidligere leder for NAV/ nåværende kommunalsjef Steinar Løsnesløkken og ruskonsulenten for regionen, Helge de Presno..

Til å diskutere organisering og samarbeidsfora for barn og unge ble barnevernet, PPTjenesten, ansvarlige for skoler og barnehager, kommunens representant for oppfølgingstjenesten og tidligere kommunalsjef Kåre Eide invitert

Planarbeidet har tatt forholdsmessig lang tid. Årsaken er at det har vært vanskelig med framgang pga stort arbeidspress for flere av deltakerne og at lederen for arbeidet har av ulike grunner vært nødt til å nedprioritere dette arbeidet.

Arbeidsgruppa hadde 9 møter i perioden 03.nov. -10 – aug. -11. Etter arbeidet ble gjenopptatt i mars 2013 har hele arbeidsgruppa hatt 5 møter. I tillegg har det vært 3 møter med deler av gruppa da arbeidet har vært delt inn på tema. Det har følgelig vært 17 møter totalt i arbeidsgruppa i hele planperioden.

Planen var ute til høring i perioden 18.des. 2013 til 13.januar 2014. Den var sendt ut til over 50 adressater. Merknader og uttalelser er for det meste arbeidet inn i planen da de ble vurdert som relevant.

1.3 Kommunale planer

Som det står i innledninga så skal planen omfatte tjenester og tiltak for både barn, unge og voksne, inkludert personer med rus og dobbeltdiagnose psykiatri og rus.

Denne planen er den 6. som utarbeides for fagfeltet psykisk helsearbeid i Sel kommune.

Andre sentrale planer er:

- Plan for psykososialt kriseteam Sel kommune, med vedlagt prosedyre for krisesituasjoner. Denne ble vedtatt oppdatert i forbindelse med det pågående planarbeidet. Siden den tid er det bestemt at denne overføres til plan- og beredskapsavdelingen. Det tas sikte på å lage en interkommunal plan.
- Interkommunal ruspolitisk handlingsplan for Nord Gudbrandsdal (2013 – 2016). Vedtas vinter 2014.
- Interkommunale alkoholpolitiske retningslinjer (2013 – 2016). Vedtas sannsynlig vinter 2014.
- Omsorgsplan for Sel kommune 2012 – 2020. Vedtatt 2012.
- ReHabiliteringsplan for Sel kommune 2012 – 2020. Vedtatt 2012.
- Folkehelseplan for Sel kommune. Vedtatt 2013.
- Boligsosial plan. Vedtas vinter 2014.
- Handlingsplan mot vold i nære relasjoner av 16.12.10

Andre sentrale dokumenter:

- Internkontroll og kvalitetssikring. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Sel kommune av 18.04.13
- Internkontroll og kvalitetssikring. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Nord Gudbrandsdal. Prosedyrer av 14.06.13.

2 Statlige føringer

2.1 Bakgrunn

Gjennom Opptrappingsplan for psykisk helse (1999 – 2008) ble det bestemt at minst 20 % av innsatsen skulle rettes mot barn og unge. Dette bør Sel kommune fortsatt ha som mål.

I opptrappingsplanperioden ble det lagt opp til både en kvantitativ og en kvalitativ styrking av det psykiske helsearbeidet i kommunen. Det er også et grunnleggende prinsipp at mennesker med psykiske plager skal ha tjenester som er organisert og utformet etter det som ellers gjelder for offentlig tjenesteyting.

Rusreform 1 trådte i kraft i 2004 og fra høsten 2006 ble det mulig å søke om midler til ulike prosjekter gjennom en opptrappingsplan. Den skulle gå til 2010, men ble forlenget til 2012. Det ble lagt vekt på at individuelt tilpassede behandlings- og rehabiliteringstilbud skulle være tilgjengelige for alle som ønsket det. Tjenestene skulle være helhetlige, sammenhengende og preget av respekt og solidaritet. Kvaliteten og kompetansen i rusfeltet skulle heves, samhandlingen bedres både på systemnivå og på individnivå, brukerne og pårørende skulle gis økt innflytelse, og barn og søsken av rusmiddelavhengige skulle ivaretas bedre. Kort sagt var målet for opptrapping av tjenester til mennesker med psykiske plager og mennesker med rusproblemer så og si identiske.

Det nasjonale målet for det psykiske helsearbeidet i kommunene er:

- *å fremme selvstendighet og tilhørighet, og bidra til at mennesker med psykiske lidelser skal kunne mestre eget liv.*
- *å motvirke diskriminering og negativ stempling av mennesker med slike lidelser.*

Det har gjennom flere år vært pålagt årlig rapportering av bruken av øremerka midler for både psykisk helsearbeid og for midler innen rusfeltet. Fra og med 2013 er det ikke lengre krav om rapporteringer og heller ikke om egne planer. Det er imidlertid krav om at fagfeltet skal ivaretas gjennom kommunens øvrige planverk.

2.2 Lovgrunnlag

Samhandlingsreformen startet i 2012 med to nye lover og en rekke økonomiske og faglige virkemidler. Målet er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp når de trenger det, nærmest mulig der de bor. Folkehelseloven er et viktig verktøy for å nå samhandlingsreformens intensjoner.

Kommunens ansvar for mennesker med psykiske og rusrelaterte lidelser, er ikke nedfelt i noen særlov – Helse og omsorgstjenesteloven gjelder fullt ut. Her refereres kun lover og forskrifter som vurderes som de mest sentrale. Ut over dette henvises til Lovdata²

Psykisk helsearbeid i kommunen (herunder ansvar for tilbud til personer med både psykiske lidelser og/ eller rusrelaterte lidelser) er lovregulert gjennom:

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mv (Helse og omsorgstjenesteloven av 24.06.11, iverksatt 01.02.12).

² www.lovdata.no

Andre sentrale lover er:

Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02.07.1999 m endringslover av 2013.

Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven av 24.06.11, iverksatt 01.02.12)

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven, 1999)
(Omfatter i hovedsak spesialisttjenesten, men får konsekvenser for kommunenes ansvar)

Lov om spesialisthelsetjenesten mm (Spesialisthelsetjenesteloven av 02.07.1999)

Arbeids- og velferdsforvaltningsloven (2006), spes § 14.a.

Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen av 18.12.2001.

Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæring (Opplæringsloven) (1998).

Lov om barnehager (2006)

Lov om barnevernstjenester (1993)

Helsepersonelloven (Lov 1999-07-02 nr.64)

Lov om helsemessig og sosial beredskap fra 1.7.2001.

2.3 Sentrale rundskriv mv

Helsedirektoratet har gjennom de årlige rundskrivene IS-/ år om **”Nasjonale mål og prioriterte områder** gitt oversikt over mål, hovedprioriteringer og tilskudd for helse og sosialtjenesten i kommunene. For hvert år er det områder som omhandler feltet psykisk helsearbeid og rus.

For 2013 understreker Helsedirektoratet viktigheten av at rusfeltet og psykisk helsefeltet sees i sammenheng. Satsingsområdene kan variere noe fra år til år, men vil som regel gå over flere år, men med små endringer. For mer konkret informasjon vises til de årlige rundskrivene.³

Viktig er også Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser)⁴.

Ut over dette er det utarbeidet en rekke veiledere og tipshefter som er sentrale i arbeidet innen feltet psykisk helse og rus, både på kommunalt nivå og for spesialisthelsetjenesten. For tjenester til barn og unge er veileder IS – 1405 Psykisk helsearbeid for Barn og unge i kommunene sentral og for voksne IS-1332 Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene.

En oversikt over de som vurderes som mest sentrale ligger i referanselista bak. Det blir også henvist til flere veiledere, retningslinjer, tipshefter mv under de enkelte kapitlene.

2.4 Samhandlingsreformen

I samhandlingsreformen (2008 – 2009) går det fram at det blir en plikt for kommuner og sykehus å samarbeide. Pasienter og brukere skal få et tilbud som henger bedre sammen og som skal bli lettere å forholde seg til. Ressursene skal utnyttes på best mulig måte. Anbefalinger om ambulante akutt-team kom i 2012.

Mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser er grupper som ofte har behov for flere tjenester fra ulike tjenesteytere, på tvers av nivåer og sektorer og gjerne samtidig. I arbeid med samhandlingsreformen understreket helse- og omsorgsdepartementet at Norge har relativt døgntung struktur innen psykisk helsevern i sammenligning med andre land og mener at døgnplassene benyttes i for stor grad til personer som gjerne kunne hatt forsterkede bo- og tjenestetilbud i kommunene.

³ Rundskriv IS-1/3013.....om Nasjonale mål og prioriterte områder.

⁴ For mer om ROP lidelser vises til Interkommunal ruspolitisk handlingsplan 2013 – 16.

Samhandlingsreformen ser ut til kunne å bli en utfordring både for spesialisthelsetjenesten og for kommunene. Fylkesordføreren i Oppland ba i mai 2012 om at Sykehuset Innlandet tar ansvar for reformen og oppbygging av tilbud som er nødvendig for kommunene i framtida. Bortfall av sengeplasser vil sette kommunene under press. Vedr. ressursfordeling går ca 70% til spesialisthelsetjenestene og 30% til kommunale tjenester noe vi kan stille spørsmål om det er en rimelig fordeling. Antall psykisk syke forventes å øke framover noe som vil øke kravene til kapasitet og kompetanse.

Prosjekt Psykisk helsevern 2011 – 2013 ble opprettet på bakgrunn av bekymringsmeldinger fra ulike instanser.⁵ Kommunene i Nord Gudbrandsdal har påpekt at det er nødvendig at alternative tilbud bygges ut før eksisterende avvikles. Kommunene i Nord Gudbrandsdal mener det bør settes i gang arbeid for å se på om kommunene kan utvikle tilbud framover i samarbeid med DPS-ene på døgnbasis. Kommunene har også gjennom 6K Helse uttalt at reformen har mye fokus på intensivering av samarbeid, men at det er for lite konkretisert.

Angående ambulant virksomhet så har det kommet noe konkret. Den ambulante virksomheten i spesialisthelsetjenesten skal samarbeide med kommunene om å dra ut til der pasienten bor. Dette skal gi økt trygghet til kommunen samtidig som at kommunen kan bistå med kunnskap om lokale forhold. Det vil kunne gi mulighet for bedre tverrfaglige vurderinger. Fra kommunen side er det knytta usikkerhet til hva dette vil bety for kommunene.

Gjennomføring av samhandlingsformen innen psykisk helsevern – psykisk helsearbeid er i hovedsak som for andre målgrupper, men det er fortsatt uklart når den kommunale medfinansieringen tar til. Dette kommer heller ikke klart fram i Statsbudsjettet for 2014. Ved regjeringsskiftet så kan det kanskje forventes å komme endringer både i innhold og oppstarttidspunkt.

Utfordringer	Målsetninger
- Hvilke utfordringer får vi etter at samhandlingsreformen er et faktum? - Samhandlingsreformen vil føre til økning i omfang. Vil det ha som konsekvens endring i type henvisninger/oppgaver? - Å få samarbeidet mellom den ambulante virksomheten, kommunene og brukerne til å fungere i tråd med hensikten - Kompetanse til å møte samhandlingsreformens utfordringer	- Å være så godt forberedt som mulig gjennom alle faser av samhandlingsreformen - Å være forberedt på kompetansekrav og de totale konsekvensene reformen har for det kommunale tjenestetilbudet.

⁵ For mer info, se rapport av 12.okt.2012 om prosjekt Psykisk helsevern 2011-2013.

3 Årsaker og utviklingstrekk

3.1 Faktorer som fremmer og hemmer psykisk helse

En **risikofaktor** kan defineres som «en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med økt sannsynlighet for negativ psykososial utvikling i framtiden»

Risikofaktorer i forhold til psykiske lidelser omfatter bl.a omsorgssvikt, overgrep, lav sosial status, samlivsproblemer og – brudd, ensomhet, isolasjon og manglende sosial støtte.

En **beskyttelsesfaktor** er «en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med redusert sannsynlighet for framtidig negativ psykososial utvikling».

Beskyttelsesfaktorer inkluderer bla utdanning, sosial støtte og god mestringsevne.

Eksempel på beskyttelses- og risikofaktorer.⁶

BESKYTTELSESFAKTORER OG RISIKOFAKTORER			
	Nivå	Beskyttelsesfaktorer	Risikofaktorer
Miljørelaterte faktorer	Samfunn	Sosial kapital (samfunn som er preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold)	- Sosial ulikhet - Ikke fullført skolegang - Arbeidsledighet - Marginalisering og dårlig integrering av innvandrere og flyktninger
	Lokalsamfunn	Sosial integrasjon	Ressursfattige lokalsamfunn med lite sosial samhandling
	Nærmiljø	Mulighet til utfoldelse, bruk av egne evner og kontroll over egen livssituasjon	Bomiljøer med ustabil befolkning og liten grad av sosial integrasjon
	Bomiljø		Mobbing og andre forhold som øker sosial isolasjon og marginalisering
	Arbeidsmiljø		Dårlig læringsmiljø i barnehage og skole
	Barnehage		Belastede arbeidsmiljø
	Skole		
Individrelaterte faktorer	Gruppe, sosialt nettverk/ familie, venner naboer og andre relasjoner	Sosial støtte Aktivisering	- Sosial isolasjon, lite støttende sosialt nettverk - Kroniske belastninger og negative livshendelser, konflikter - Overgrep, mishandling
		Individuelle mestringsressurser Positive temperamentstrekk	- Lav selvfølelse, manglende opplevelse av kontroll over egen livssituasjon og manglende evne til mestring - Sårbar personlighet - Helsefarlig livsstil - Somatisk sykdom og medfødte funksjonshemninger.

⁶ Kilde: Rapport 2011: Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Folkehelseinstituttet.

Primært er det antallet risikofaktorer og ikke en særskilt risikofaktor som er avgjørende for om et individ vil utvikle psykiske plager. Studier viser at det er viktig å ta utgangspunkt i antall risikofaktorer og at det er det som sier noe om alvorlighetsgraden. Samtidig er det store individuelle forskjeller i sårbarhet for risikoeksponering. Dette avhenger igjen av hvor mange beskyttelsesfaktorer den enkelte har.

En rekke studier viser at sosiale ulikheter gir ulikheter i helse og at helseforskjeller igjen henger sammen med utdanning, yrke og inntekt. Studier viser også at barnets hjerne påvirkes kontinuerlig etter unnfangelse. Det betyr at miljøpåvirkning spiller en sentral rolle i biologisk utvikling av nervesystemet. Tidlig samspillsmønster er avgjørende for barnets utvikling psykisk, sosialt og motorisk. I et forebyggende arbeid er det avgjørende å gjøre god kartlegging av risiko og beskyttelse. Det er et grunnprinsipp å ta utgangspunkt i den enkeltes opplevelse av situasjonen. Egenopplevd helse må være utgangspunktet for intervensjon. Alle trenger å bli sett. Dersom ikke primære omsorgspersoner ser, må det offentlige gjøre det.

3.2 Utviklingstrekk generelt

For å vurdere utbyggingsbehovet i det kommunale tilbud årene framover, må vi ta utgangspunkt i de kunnskapene vi har i dag om hva som bestemmer befolkningens bruk av slike tjenester. Samlet sett vil en stadig større del av befolkningen bli brukere av disse tjenestene og de vil etter hvert også stille langt strengere krav til brukerstyring og kvalitet. Når det er sagt er kunnskapen og statistikken i dag for dårlig eller for lite spesifikk om omfang og behovet for tjenester.

Vedrørende tjenester og behandlingstilbud, har tendensen de siste ti årene vært nedbygging av statlig særomsorg, spesielt institusjonsomsorgen, og overføring av ansvaret for tjenester til kommunene. De første tydelige signalene om nedbyggingen av psykiatriske institusjoner kom på midten av 1990-tallet. Totalansvaret for rusmisbrukere ble overført til kommunene i forbindelse med ny sosialtjenestelov i 1993. Spesialistbehandlingen for rusmisbrukere ble overført fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetakene i 2004.

Folkehelseinstituttet har de siste årene, publisert folkehelseprofiler for de enkelte kommunene som gir en god pekepinn på hva man bør satse på å bedre.⁷

Det har også blitt et krav om at kommunene skal ha en oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Dette gir nyttig informasjon for fagfeltet psykisk helsearbeid, inkl rus.⁸

Forskjellen i helsetilstand mellom ulike sosiale lag har økt jevnt siste 10-20 år. Selv om folkehelsen i sum stadig bedrer seg, øker avstanden mellom ulike sosiale grupper innen befolkningen når det gjelder sykdom og helsesvikt.⁹ Det antas at dette kan skyldes at helsetilstanden er bedre hos de fleste som er i arbeid, mens de med lavere sosioøkonomisk status ikke har blitt del av velferdsøkningen.

Med bakgrunn i denne utviklingen, stilles det store krav til kommunenes evne til å tilpasse tjenesten til nye brukergrupper. Bare i liten grad følger det tilstrekkelige økonomiske midler med de nye oppgavene.

⁷ For mer informasjon, www.fhi.no/kommunehelsa

⁸ For mer informasjon www.NGLMS.no Gå inn på Samfunnsmedisin og folkehelse/Statistikk og oversikter/ Oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

⁹ Kilde: Folkehelseinstituttet, rapport 2009:8 om psykiske lidelser i et folkehelseperspektiv.

Tall fra Folkehelseinstituttet viser at om lag halvparten av befolkningen får en psykisk lidelse en eller flere ganger i løpet av livet. Mest vanlig er angst, depresjon og rusrelaterte lidelser, spesielt omfattende alkoholmisbruk og alkoholavhengighet. Ca 8% av barn og unge i Norge har en diagnostiserbar psykisk lidelse.

Nasjonale undersøkelser viser at det er store mørketall ved kartlegging av rusmisbruk. Sannsynligvis avdekkes ikke mer enn 15% av rusmisbrukere ved kartleggingene.

Det er vanskelig å måle endringene i psykisk sykkelighet. Ut i fra undersøkelser referert i tidsskriftet som rådet for psykisk helse utgir, foreligger materiale som tilsier at fremtiden ikke vil gi noen større økning i de store diagnosegruppene som schizofreni, manisk depressive sinnslidelser eller psykoser. Imidlertid ser det ut til at antall lette depresjoner øker noe, likeledes ulike personlighetsforstyrrelser.

En av våre største folkesykdommer i dag er psykiske plager av forskjellig grad. Dette kan medføre betydelig redusert funksjonsevne i hjem og skole/ arbeid og tap av livskvalitet. Psykiske lidelser utgjør i alle OECD landene en stadig større andel av sykemeldinger og uføretrygding. Nesten hver 3 person som er uføretrygdet her i landet er det pga psykiske lidelser.¹⁰ I følge off. statistikk utgjør psykiske lidelser ca 14% av sykefraværet i norsk arbeidsliv. Da undersøkelser viser at psykiske lidelser ofte blir underrapportert som årsak til sykemelding, så det er grunn til å tro at den reelle andelen av sykefraværet er større.

3.3 Utviklingstrekk i Sel kommune

Kunnskapen, som for ellers i landet, er i dag for dårlig eller for lite spesifikk til å kunne være eksakte på omfang og behovet for tjenester. Tallmaterialet blir mangelfullt da den kommunale statistikken på antall personer med psykiske lidelse, rusprobemer og ROP lidelser¹¹ er svært mangelfull. Her har kommunen stort forbedringspotensiale.

Oppland fylkeskommune skal gjennomføre en Folkehelse – og levekårsundersøkelse i 2014. Sel kommune deltar. Den starter opp i januar 2014. Vi vil de få mer eksakt kunnskap når resultatet foreligger. Målet med undersøkelsen er å skaffe tilveie kunnskap om helsetilstand, livskvalitet og de faktorene som påvirker helsa vår. Temaene innbyggerne blir bedt om å svare på er opplevelse av egen helse (bla psykisk helse og rus), bolyst, økonomisk levestandard, levekår, fysisk aktivitet, kosthold og om forhold i fritida. Undersøkelsen vil gi kunnskap som kan ligge til grunn for utarbeidelsen av kommunale planer og planlegging av tjenester. Handlingsplanen i denne planen bør oppdateres når resultatet foreligger.

Det er liten grunn til å tro at omfanget av psykiske lidelser, inkl rus, er mindre i Sel kommune enn landet for øvrig. Fra Folkehelseplanen i Sel kommune for 2013 har vi hentet at for snittet 2010 - 11 var 731 personer fra kommunen hos fastlege eller legevakt pga psykisk lidelse eller sykdom. Det tilsvarer nærmere 12 % av befolkningen. For Oppland ser vi samme forhold for 2012 . Vold og overgrep er fremdeles skjulte problemer.

Vedrørende bruk av psykiatriske spesialisthelsetjenester 2010 -11, så ligger Sel kommune over både landsgjennomsnitt og de andre kommunene i Nord Gudbrandsdal. Dette kan ha ulike årsaker som nærhet til spesialisthelsetjenestene gjennom DPS og BUP på Otta, leger som sender problemene fra seg eller leger som tør se, fanger opp problemene og

¹⁰ Kilde: NAV

¹¹ ROP lidelser. Tidligere omtalt som dobbeltdiagnoser rus og psykisk lidelse

videreformidler behov og en kommunal tjeneste som ser behovet for mer kompetanse, evt økt tverrfaglighet.

Rusproblematikk er et stadig økende samfunnsproblem og følgelig blant vår tids viktigste helse – og sosiale problem. Det er ikke mulig å gi en eksakt oversikt over forbruk av rusmidler i kommunen. Særlig gjelder det narkotikamisbruk, da omsetning og salg er ulovlig. Vi har heller ingen oversikt over medikamentavhengighet. Her er også grensene mellom bruk og misbruk flytende. Med utgangspunkt i omsetting av alkohol så skiller ikke regionen seg ut fra gjennomsnitts forbruk i Norge. Omfang ihht nasjonale statistikker ser ut til å være overførbart på kommunene i Nord Gudbrandsdal.¹²

I 2009 og 10 var det totalt 111 innleggelser og 2018 liggedøgn i psykiatriske institusjoner. Dette omfatter gruppen med de alvorligste lidelsene. Tall fra innleggelser ved rusinstitusjoner har det dessverre ikke vært mulig å framskaffe.

Pga det høye antallet av barn og unge med psykiske lidelser er dette et gjennomgående tema i arbeidet med barn og unge ved helsestasjonen og skolehelsetjenesten.

Fra kommunens psykiske helsearbeid for voksne meldes det at:

- Tjenesten i økende grad får henvisninger fra legene på forebygging
- Brukere oppsøker psykisk helse tidligere
- Det er øking i personer på mer kortvarige behandlinger

¹² For mer info, se Interkommunal Ruspolitisk handlingsplan (2013 – 16).

Med utgangspunkt i Folkehelseprofiler for Sel kommune¹³ og Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Sel kommune¹⁴, setter vi skjematisk opp noen faktorer som har betydning for psykisk helse.¹⁵

Tema	Over/ under snitt i landet/ landsdelen. Utvikling	Fokusområde
Etnisitet	Gradvis økning av andel annen etnisitet enn norsk siste 10 – 15 år. Utgjør 4.2 % av innbyggerne. Ligger under snitt i regionen og landet som helhet.	Store helsemessige forskjeller mellom innvandrere og mellom innvandrere og etnisk norske. Utfordring i forhold til integrering og lavt sosialt nettverk
Økonomi	<i>En-personshusholdningene</i> har økt noe de siste årene. Ligger noe lavere enn i landet som helhet, men nest høyest i regionen. <i>Lavinntektshusholdninger</i> er også en utfordring i regionen.	Økonomi er viktig - økonomisk, helsemessig og sosialt. Lav inntekt øker muligh. for dårlig selvopplevd helse. En-persons husholdninger antas å være en potensiell utsatt gruppe. Av pers. med psykiske plager har en stor andel lav inntekt. Kan medføre at barn ikke får delta på aktiviteter.
Arbeidsledighet	Følger konjunktorene i landet. Arbeidsledighet på 2,9% som er noe høyere enn de fleste kommunene i regionen (2011)	Arbeidsledige antas å være en utsatt gruppe, både psykisk og materielt. Antas å virke negativt inn på helse.
Nedsatt arbeidsevne	10,7% av arbeidsstyrken - <i>nedsatt arbeidsevne</i> (2011).Ca 25% av disse på tiltak. Gradvis nedgang fra 7,8% til 6,5% i perioden 2008–12. Ca 8,9% av de yrkesaktive er <i>uføretrygdet</i> . Tallet noe ned til 2001, men har så gått opp igjen. Omfang av uføretrygd er en indikator på helsetilstand (fysisk og psykisk).	Ved nedsatt arbeidsevne øker sannsynligheten for sykefravær og tidlig tilbaketrekking fra arbeidslivet. Av legemeldt sykefravær er muskel-skjelettlidelser ca 41% og psykiske lidelser ca 18%. Til sammen kan dette være både primære og sekundære psykiske lidelser. Uføretrygd må sees i sammenheng med næringsliv, utdanningsnivå og jobbtillbud. Å stå utenfor arb.liv og skole gir dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner.
Sykefravær		
Uføretrygd	<i>Sykefravær</i> og andel med nedsatt arbeidsevne er høyere enn ellers i regionen. De siste ti årene har andel med sykemeld og uføretrygd vært høyere i Norge enn i andre OECD land.	
Grunnskole som høyeste utdanningsnivå	Over år hatt en red. av andel med <i>grunnsk.</i> som høyeste nivå, men kurven har flatet ut. Ligger under landssnitt og på midten i regionen. Små svingninger i <i>frafall fra videreg.skole</i> . I perioden 2007 – 11 rundt 23%. Foreldrenes utdanningsnivå påvirker valg, om de fullfører eller dropper ut.	Sammenh. mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse er godt dokumentert. Utdanning og spesielt å fullføre grunnutdanning er avgjørende for å sikre god helse. Læring gir mestring og mestring gir helse. Fra helsemessig ståsted – viktig å lykkes med tilrettelegging av opplæring.
Frafall videreg. skole		
Skilsmisser	Uklar statistikk da den kun viser brudd blant gifte og ikke samboere.	Opplevelse av angst og depresjon etter egen skilsmisse. Kan føre til angst og depresjon hos barn. Jenter som opplever samlivsbrudd har mer negativ utvikling mht symptom på angst, depresjon, selvfølelse, velvære og skoleproblem enn de som ikke opplever slike brudd.

¹³ www.fhi.no/kommunehelse

¹⁴ www.nglms.no

¹⁵ For mer inngående om konsekvenser og mulige tiltak, se «Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Sel kommune».

Tema	Over/ under snitt i landet/ landsdelen. Utvikling	Fokusområde
Barnevern	I 2001 – 11 en stor økning av undersøkelsessaker og barn på tiltak. Kan skyldes flere fam. med behov for bistand, lavere terskel for kontakt eller melding og at barnev. fanger opp flere. Sel topper statistikken i regionen. Kan skyldes flere plager, men også at interkom. samarb og større avstander ufarliggjør kontakt..	Risikofaktorer: foreldrenes psykiske sykdom, rusmisbruk, vold i hjemmet, foreldre som er langtidsledige / trygdemottakere, fattigdom mv. Tidlige indentifisering og iverksetting av tiltak øker sannsynligheten for at barna klarer seg bra.
Opplevelse av mobbing på skolen	I årene 2001 – 12, årlig gjennomsnitt for mobbing mellom 10 og 12% på 10.trinn.Sel ligger i snitt i disse årene noe høyere enn ellers i regionen.	En landsomfattende studie i 2011 blant ungdommer og foreldre peker på skoleresultater og mobbing som viktige risikofaktorer.Sammensatt og komplekse forklaringer. Kan gi fysiske og psykiske plager, reduksjon av funksjonsevne og tap av livskvalitet.
Trivles og mestring	Trivsel og mestring i skolesit. har betydning for frafall i videreg. skole og seinere i utdanningsløpet. Rundt 88% av elevene i 7 og 10 trinn sier de trives godt. Stabil utvikling siden 2006.	Trivsel og mestring påvirker motivasjonen for å lære og dermed påvirker risikoen for frafall i skolen.
Sosiale miljøer og nettverk	Mer sårbare familier og mindre nettverk. Kan skyldes flytting, innvandring, samlivsbrudd.	Arbeid med nettverk for å motvirke ensomhet og psykiske plager.
Helse-relatert adferd	Fysisk aktivitet , viktig for normal vekst og utvikling.Faglige anbefalinger for barn/unge:minst 1 tm daglig fysisk aktivitet.I 2010 var ca 45% av elevene på 4. og 10 trinn ikke fysisk aktive /mindre enn 2 tm uka. Erfaringer rundt kosthold : barn/unge spiser mer usunn mat. Røyking / bruk av snus bør gis ekstra oppmerksomhet i hele livsløpet. Samspillsproblem og grensesetting er økende.En årsak kan være at flere barn/ unge har foreldre med samlivsbrudd som ønsker at barna skal være glade mens de har de og gjør dermed mye for å unngå konflikter.	Lite fysisk aktivitet gir dårlig motorikk, dårlig kosthold gir dårlig tannhelse. Røyk og snus øker risikoen for luftveis-sykdommer, kreft og hjertekarsyk. Kan føre til red. fruktbarh. Stort fokus spes blant barn/unge og gravide. Samspillsproblemer kan føre til konsentrasjonsplager og uro.Kan skyldes at foreldre og barn har for mange aktiviteter, stor påvirkning og støy pga mye bruk av TV/sosiale medier, mye å rekke så hverdagen blir uoversiktlig og hektisk.Flere av faktorene fører til utvikling av livsstilssyk. på sikt og negativ utvikling av den psykiske helsa.
Helse tilstand (smerte, muskel – skjelettlid., søvnprobl. psykiske lidelser.)	Bruk av smertestillende med. har vært stabilt over år. Bruk av primærhelsetjen. for muskel- skjelettlidelser er på landssnittet og ca midt på i regionen. Søvnproblemer øker blant barn og voksne. Sammensatte årsaker. Det er flere pas. pr tusen i Sel med psykiske lidelser ol som tar kontakt med fastlege/ legevakt enn ellers i regionen.Liten økn. i bruk av antidepressiva og antipsykotika, - liten nedgang i sovemidler og beroligende midler-ligger over kom. i regionen. Sammensatte årsaker. Bruken av spesialisthelsetjenester er høyere i Sel enn ellers i regionen.	Kroniske smertetilstander, muskel-skjelettlid. og psykiske lid. er viktigste årsaker til sykefravær og frafall fra arbeidslivet før pensjonsalder. Forekomst av psyk.lid. i Norge er stabil, men høyt både for barn/ unge og voksne. Økt dødelighet, sykemeldinger og uførepensjon: viktige følger av psykisk sykdom. Søvnprbl. kan føre til psykiske plager, konsentrasjonsplager og sykefravær. Tiltak for å utjevne sosial ulikhet vil trolig ha pos. effekt på utviklingen. Sosial støtte og utvikling av mestringsevne er viktige beskyttelsesfaktorer.

4 Psykisk helsearbeid

4.1 Definisjon og avgrensninger¹⁶

«Psykisk helse refererer til utvikling av og evne til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagens krav i forhold til ulike livsaspekter. Det handler om emosjonell utvikling, evne til velfungerende sosial relasjoner og evne til fleksibilitet. Fravær av psykiske plager eller lidelse er ikke ensbetydende med god psykisk helse».

«Psykiske plager refererer til symptombelastning som for eksempel grad av angst, depresjon, søvnplager osv. Vanskene vil, avhengig av type og omfang av symptomer, i ulik grad påvirke daglig fungering i forhold til mestring, trivsel og relasjon til andre mennesker» «Symptombelastningen behøver ikke å være så stor at det kan stilles diagnose. Psykiske plager er ofte normale reaksjoner forbundet med en vanskelig livssituasjon».

«Psykiske lidelser referer til psykiske plager av en slik type eller grad at det kvalifiserer til en diagnose».

«Psykisk helsearbeid betegner arbeidet i kommunen rettet mot psykiske plager og lidelser i befolkningen, herunder også rusproblematikk. Tiltakene er rettet inn mot mennesker med psykiske plager og lidelser og konsekvenser av disse hos den enkelte, deres familier og nettverk».

«Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk»,¹⁷ refererer til spesialisthelsetjenestens institusjons tilbud og omfatter både et sosialfaglig og helsefaglig innhold.

Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt. Det omfatter arbeid på system- og individnivå. Arbeidet omfatter både helsefremmende arbeid, forebygging, utredning, behandling og rehabilitering. Psykisk helsearbeid inkluderer tiltak både på individ, gruppe og samfunnsnivå, og utgjør derfor et viktig ledd i kommunens folkehelsearbeid.

Det er viktig å understreke at psykisk helsearbeid defineres som noe mer enn det som tradisjonelt er lagt i begrepet *behandling*. Psykisk helsearbeid handler mer om *måten* en møter bruker på og vil kunne bestå av medisinsk behandling, samtale, støtte, veiledning, oppfølging, omsorg, opplæring, ferdighetstrening, eller avlastning. Psykisk helsearbeid kan sees på som summen av flere tiltak.

Psykisk helsearbeid avgrenses mot *psykisk helsevern*, som betegner psykisk helsetjeneste på spesialisttjenestenivå. Med psykisk helsevern menes altså *spesialisthelsetjenestens* undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever.

Med *tvungent psykisk helsevern* menes undersøkelse og behandling uten at vedkommende har samtykket.

¹⁶ Kilde i hovedsak Veileder IS-1405 Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene og Temahefte om Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten av helse og omsorgsdep. , sist oppdatert 26.06.13.

¹⁷ Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk omtales ofte som TSB

4.2 Krav for at tjenesten skal fungere i tråd med intensjonene

Det er viktig å peke ut noen grunnleggende krav som må ivaretas for at psykiske helsearbeid skal fungere i tråd med intensjonene, uavhengig av kommunens organisasjonsmodell. Organiseringa vil uansett stille kommunen overfor store krav.¹⁸

Slike krav er å sikre:

- forebygging og tidlige intervensjon for bla å unngå seinere behandling, habilitering/rehabilitering.
- et tjenestetilbud som oppleves helhetlig og koordinert.
- gode gjensidige samarbeidsforhold mellom tjenestene for barn / unge og voksne.
- at brukerne får et kvalitativt godt tilbud
- et godt fagmiljø slik at de som jobber med faget opplever det som stimulerende.
- at brukeren behandles med respekt, har tillit til dem som skal utøve tjenesten og opplever å bli tatt med på råd
- at psykisk helsearbeid skjer med basis i et felles verdigrunnlag
- kontinuitet for brukeren gjennom stabile relasjoner
- at personer med behov for hjelp får et tilstrekkelig tjenestetilbud i tråd med lov og rett.
- at samarbeidende aktører kan arbeide og snakke sammen med felles språk og med samme elektroniske verktøy.

Det er et ansvar for kommunens ledelse å sørge for at disse kravene ivaretas gjennom et kontinuerlig kvalitetsarbeid. Kommunens verdigrunnlag bør reflektere at psykisk helsearbeid innebærer at møtet mellom bruker og ansatt preges av respekt og anerkjennelse.

4.3 Likestilling – likeverd

En målsetning i norsk politikk har siden tidlig på 1980 tallet vært å legge forholdene til rette for full deltakelse og likestilling for alle innbyggere på ulike arenaer.

Med dette utgangspunktet er målet med psykisk helsearbeid i Sel kommune å *iverksette strategi/-er for å forebygge psykiske plager og lidelser og fremme sunn helse.*

I Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse, «Sammen om psykisk helse» (2002), synliggjøres dette gjennom å fokusere på et samfunn med plass til alle.

Lov mot forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven) var virksom fra 01.01.2009. Loven gjelder på alle områder i samfunnet med unntak av forhold av personlig karakter.

Flere undersøkelser viser at mennesker med alvorlige psykiske lidelser er de som har de dårligste levevilkårene – og mottar de svakeste tilbudene fra kommunene. De har dårlig økonomi, vanskelig for å skaffe seg bolig, arbeid og venner, og mange lever isolert med liten kontakt med omverdenen.

Dårlig sosialt nettverk eller vonde livshendelser hver for seg behøver ikke å ha klar betydning på utvikling av psykisk uhelse, men forskning viser at kombinasjon har klar betydning. (Jfr kap 3.1 om faktorer som hemmer / fremmer psykisk helse)

¹⁸ Veileder IS 1332 Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene er benyttet som kilde for dette underkapitlet

Likestilling og likeverd for alle, vil bety en alminneliggjøring av psykiske lidelser og en normalisering av levekår, dvs. bolig, levestandard, arbeid og utdanning og fritid. Fokus på livskvalitet og tilbud som retter seg mot å utvikle opplevelsen av å være verdsatt, delta i sosiale sammenhenger, mestre livet og ha frihet også i levestil, blir avgjørende.

4.4 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning blir vektlagt i nasjonale føringer. Det er en rettighet og bygger på teorien om empowerment. Det handler både om å styrke brukeren som enkeltindivid for å kunne ta makt og myndighet over eget liv, og å arbeide for å øke brukeren sin rett og mulighet for deltaking og påvirkning i samfunnet. Det finnes mange ulike brukermedvirkningsformer både på individ- system- og politisk nivå. Målet er god brukermedvirkning på alle nivå.

Gjensidig respekt og god kommunikasjon er grunnleggende for en likeverdig dialog og en forutsetning for brukermedvirkning. Gode behandlernetter med likeverdig, tverrfaglig samarbeid er en forutsetning.

På **individnivå** medfører brukermedvirkning større råderett og kontroll over egne liv.

På **systemnivå** inngår brukere i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet, og er aktiv deltaker i planleggings- og vedtaksprosesser.

På **politisk nivå** er det viktig at brukergrupper og brukerorganisasjoner blir involvert i prosesser før politiske beslutninger fattes.

I Sel kommune skal det gjennomføres en Brukerplan kartlegging i 2014. Den skal omfatte innbyggere som mottar tjenester fra kommunens helse-, omsorgs- og / eller velferdstjenester og som av fagpersoner vurderes å ha et rusmiddelmisbruk. Rusmiddelmisbruk blir i denne sammenheng definert som bruk av rusmidler som er til skade for personens funksjonsnivå og relasjoner til andre. Det er åtte områder som skal kartlegges: rusing, økonomi, psykisk og fysisk helse, bolig, sosial kompetanse, nettverk og arbeid. I tillegg skal det kartlegges bruk av tjenester og forventet etterspørsel etter tjenester. Handlingsplanen i denne planen bør oppdateres når resultatet foreligger.

Krav til brukermedvirkning er bl.a slått fast i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 4.

Helsedirektoratet utarbeidet i 2006 en rapport om brukermedvirkning – ”Psykisk helsefelt. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse” (IS-1315). I 2008 utga de veilederen ”Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester” (IS-1512). For videre info vises til disse veilederne.

Utfordring	Målsetting
Å få brukermedvirkning på systemnivå til å fungere	Brukermedvirkning som er overordna prinsipp

5 Organisering

5.1 Innledning

Mennesker med psykiske plager har behov for et bredt spekter av tjenester med krav til mange typer kompetanse. Kommunens ansvar er å gi brukerne et tilbud i tråd med deres rettigheter. Kompleksiteten gir kommunene store utfordringer med hensyn til organisering på alle nivå. Gjennom samhandlingsreformen vil kommunens utfordringer øke ytterligere.

Fra opptrappingsplanperioden og fram tom 31.12.13 har tjenesten hatt ulike overordna organisasjonsmessige tilknytninger. Den har dels vært en del av helsetjenesten, sosialtjenesten, organisert direkte under etatssjef, som del av rehabiliteringstjenesten og som egen tjeneste. Fram til slutten av 2011 var psykisk helsearbeid en fellestjeneste for barn/unge og voksne. Det har vært mange diskusjoner om hvilken organisering som vil være mest riktig.

Første kvartal 2014 vil det bli iverksatt ny administrativ organisering. Dette har konsekvens for psykisk helsearbeid – både for barn/ unge og voksne. Det etableres et nytt virksomhetsområde for Familie og velferd som skal bestå av: Helsestasjon, jordmor, barnevern, psykisk helse, rus, fysioterapi, ergoterapi inkl hjelpemiddelformidling, frisklivssentral. For å lykkes med en så stor og sammensatt organisasjon er det viktig å tilføre administrative ressurser for å lede og utvikle tjenesten. Uten det blir det lett bare en samorganisering uten felles mål og ståsted.

Det påpekes at om ordningen BPA administrativt skal legges til dette nye virksomhetsområdet må det tilføres nye ressurser da denne ordningen er svært ressurskrevende.

Når det gjelder helsefremmende arbeid, folkehelsearbeidet og det forebyggende psykiske helsearbeidet så er dette noe som angår kommunen som helhet.

For mer om folkehelsearbeidet og det forebyggende psykiske helsearbeidet vises til kommunens planstrategi 2012 – 2015, kommunens folkehelseplan for 2013, omsorgsplanen for 2012 – 2020 og Rundskriv IS-/1 / 2013.

5.2 Psykisk helsearbeid for voksne

Ansvaret for psykisk helsearbeid for voksne er ikke bare lagt til en tjeneste. Det er psykisk helsearbeid for voksne som skal ha den spissa kompetansen på området og dermed ha dette som hovedarbeidsfelt. For at brukere og pårørende skal oppleve et helhetlig og koordinert tilbud, må tjenesteområdet opparbeide et godt samarbeid med andre tjenesteytere, som fastleger, hjemmetjenester, Institusjonstjenester (kort- og langtid), NAV, fysio- og ergoterapitjenestene, distriktpsykiatriske sentre, helseforetak / sykehus mv.

De øremerka midlene til tjenesteområdet gjennom opptrappingsplanen, ble i hovedsak brukt til å styrke psykisk helsearbeid. Pleie- og omsorgstjenesten i distrikt Otta ble styrket noe, det samme med bokollektivet for aldersdemente ved Sel sjukeheim.

Tjenesten har hele tida hatt dagarbeid, slik at behovene til brukerne på kveld og i helgene har vært utført av hjemmetjenesten. Tjenesten har så få ansatte at det neppe tjener tjenesten at de ansatte skal inn i fullt turnus arbeide. Man kan likevel se nærmere på muligheten til å justere

noe for å styrke tjenesten på kveld, i helger og høytider. Å begynne med en arbeidsplan der ansatte etter fast plan arbeider noen kvelder og helger anbefales utprøvd.

Psykiske helsearbeid for voksne består av to tjenester: Hjerterom, som et lavterskel dagtilbud og en kurativ/rehabiliterings tjeneste.

Sel kommune har som nevnt tidligere, valgt at arbeidet knyttet opp mot behandling av og tilbud til rusmisbrukere skal ivaretas av psykisk helsearbeid, med unntak av de tjenestene som ihht lov og forskrift ligger til legetjenesten og NAV.

5.3 Psykisk helsearbeid for barn og unge

Ansvar for det psykiske helsearbeidet for barn, er som for voksne, ikke bare lagt til en tjeneste. Det er psykisk helsearbeid for barn / helsestasjonen, som skal ha den spissa kompetansen på området og dermed ha dette som ett av sine hovedarbeidsfelt. For at brukere og pårørende skal oppleve et helhetlig og koordinert tilbud, må tjenesteområdet opparbeide et godt samarbeid med andre sentrale tjenesteytere, som fastleger, psykisk helsearbeid for voksne, barnehager, skoler, PPTjenesten, barnevern, fysio- og ergoterapitjenestene, barne- og ungdomspsykiatriske sentra, helseforetak / sykehus mv.

I følge psykiatireformen skulle 20 % av midlene gå til barn og unge. Sel kommune valgte følgende styrking: En stilling ble lagt til psykisk helsearbeid, som fortrinnsvis skulle brukes til barn av psykisk syke foreldre, 1,5 stilling gikk til helsestasjonen og barnevernet ble styrket med en halv stilling.

Det har pågått kontinuerlige diskusjoner om denne fordelinga har vært riktig. Spesielt har dette vært rettet mot stillingene ved helsestasjonen og psykisk helsearbeid. Det har under veis blitt enighet om å samle ansvaret til helsestasjons-/jordmortjenesten. Dette trådte i kraft ved slutten av 2011. En 100% miljøterapistilling ved psykisk helsearbeid ble overført. Dette har så langt vist seg å være en vellykket samling av psykiske helsetjenester for barn.

6 Kompetanse

I 2011 utkom rapporten «Kvalitet og kompetanse, - om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre»¹⁹. Fra denne har vi hentet at vi har lite empirisk kunnskap om hvilke konsekvenser lite tilgang på fagfolk har for pasientene. Vi vet også lite om hvilken sammenheng det er mellom behandlernes kompetanse og resultater for behandling, og lite om hvilke konsekvenser det har i vanlig klinisk praksis å fordele pasienter på behandlere med ulike typer kompetanse. Vi vet heller ikke hva som er tilstrekkelig bemanning og kapasitet. Det konkluderes likevel med at det trolig er ønskelig å forbedre kompetansen innen tjenester for psykisk helse. For å treffe bedre med rekruttering og kompetanse må kommunene og helseforetakene definere målgrupper og oppgaver de har innen de samla tjenestene.²⁰ Dette gjøres ikke i tilstrekkelig grad i dag.

Rapporten tar for seg ulike typer kompetanse som det er behov for som grunnkompetanse, spesialistkompetanse, forbedringskompetanse og samhandlingskompetanse. Bevissthet om interesse og respekt for bruker som person og dennes vurderinger er sentralt og personlig integritet hos helsearbeidere er avgjørende for kvaliteten på arbeidet.²¹

Det er viktig med systematisk arbeid med kompetanseoppbygging på alle nivå innen psykisk helsearbeid, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Undervisning og veiledning er viktige stikkord. Veiledning er mer etablert i spesialisthelsetjenesten enn på kommunenivå. Dette må systematiseres på kommunenivå. DPS har et veilederansvar overfor kommunene.

I Sel kommune er det lagt vekt på at ansatte i psykisk helsearbeid fortrinnsvis har høyskole med videreutdanning innen psykisk helsearbeid. SEPREP utdanningen som omfatter rehabilitering og oppfølging av mennesker med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser er relevant. Når det ikke foreligger videreutdanning bør den ansatte ha erfaring med tilsvarende arbeid og det skal stilles krav til å gjennomføre videreutdanning innen psykisk helsearbeid eller rus for å få fast ansettelse.

Tverrfaglig kompetanse er viktig. Sykepleiere og vernepleiere er likevel sentrale faggrupper da behovet for medikamenthåndtering, spesielt innen psykisk helsearbeid for voksne og pleie- og omsorgstjenestene har økt gradvis de siste årene, men ser nå ut til å ha stabilisert seg noe. Psykisk helsearbeid er noe som berører alle som arbeider med barn, unge voksne og eldre. Det må derfor sikres at alle tjenestene har kompetanse innen psykisk helse og tverrfaglig arbeid..

Ut fra de faglige utfordringene er det behov for å styrke kommunens psykiske helsearbeid med psykolog. Denne bør ha oppgaver både i forhold til barn, ungdommer og voksne.

Innenfor lavterskeltilbud bør personalet som et minimum ha utdannelse fra videregående skole og videreutdanning innen psykisk helsearbeid, alternativt rus, miljøarbeid mv. Den samla tjenestens kompetansebehov skal komme fram av kommunens kompetanseplan. Det bør da følge økonomiske midler med. Hvilken kompetanse den enkelte vil ha, styres i dag av stor grad av den enkelte ansatte sine ønsker. Derfor bør kommunen arbeide konkret med kompetansemål som de ulike tjenestene skal ha innen rus og psykisk helsearbeid. Med de

¹⁹ Rapport IS-1914 om «Kvalitet og kompetanse, - om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre» Utgitt av Helsedirektoratet

²⁰ Psykisk helsearbeid i kommunen omfatter alle som har med helse-, omsorgs- og oppveksttjenester å gjøre

²¹ For mer inngående om kompetanse vises til «rapport IS-1914 Kvalitet og kompetanse ...»

enkelte tjenestene menes her alle som har med dette feltet å gjøre²². Målene nedfelles i kompetanseplanen og bør dermed kunne utløse tilskuddsordninger etter en fastlagt mal. Det vil gi kommunen bedre styring over hvordan kompetansebehovet løses.

Antall stillinger / kompetanse tilknyttet psykisk helsearbeid for voksne

4,2 årsverk (inkl faglederfunksjon)

1 årsverk tilknyttet Hjerterom

I tillegg er det pr dato tilknyttet en 40% virksomhetslederfunksjon som del av rehabiliteringstjenesten. Denne bør overføres til den nye familie- og velferdsvirksomheten for å styrke ledelsen.

1,5 årsverk tilknyttet 2 rusprosjekt ble avsluttet i august 2013. Det er engasjert en ruskonsulent for regionen. Denne er sikret en 3 årig finansieringsplan fra 01.06.13.

I 3 av årsverkene har de ansatte videreutdanning innen psykisk helsearbeid. 2 er i ferd med å fullføre utdanning innen kognitiv terapi. Det er plan om at alle skal gjennomføre kompetansegivende videreutdanning.

Hjemmetjenesten fikk tilført en stilling gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse for å styrke arbeidsområdet. Tjenesten har ingen med videreutdanning innen psykisk helsearbeid.

Antall stillinger/kompetanse tilknyttet psykisk helsearbeid for barn (Helsestasjonen/Jordmortjenesten):

3,10 årsverk pr dato (inkl still. som virksomhetsleder)

1 årsverk overflyttet h- 11 fra psykisk helsearbeid for voksne til helsestasjonen

1 årsverk jordmor. 60% av stillingen er knyttet opp mot regional jordmorbakt

0,60 merkantil funksjon

I tillegg har helsestasjonen en 80% midlertidig still tilknyttet asylmottak på Raphamn.

Av de faste tilsatte har 3,5 av årsverkene videreutdanning innen psykisk helsearbeid hvorav to har utdanningen «tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge i helsetjenesten».

Det pågår en kursrekke i regi av sykehuset innlandet som gir tverrfaglig kompetanse i forhold til vold, rus og depresjon. Å lage behandlingslinjer er en del av utdanningen. Fra Sel kommune deltar til sammen 9 personer fra ulike fagfelt.

Utfordringer	Målsetninger
• Få kompetente søkere • Mangler stilling for psykolog • Behov for kompetanse i selvmordsforebygging • Øke kompetansen innen rus og psykisk helse • Økte utfordringer knyttet til møte brukere med ustabile personlighetsforstyrrelser • Tid og ressurser til egenveiledning • Bedre samhandling i forhold til forebygging • At hele tjenesterekka tar ansvar for psykisk helsearbeid	• Forebygging og helsefremmende arbeid – en rød tråd i alt arbeid • God søkning til ledige stillinger • God grunnkompetanse, forbedringskompetanse og samhandlingskompetanse • Samordnet kompetanse innen rusmisbruk og psykisk helse • Å etablere kompetansenettverk for ustabile personlighetsforstyrrelser • Å opprette still. for kommunepsykolog.

²² Jfr eksemplifisering av virksomheter og tjenester i kap 4.2 og 4.3

7 Psykisk helsearbeid – et tverrfaglig fagfelt

7.1 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid, som er *”en arbeidsform som innebærer at flere yrkesgrupper arbeider sammen på tvers av faggrensene for å nå et felles mål”*, må være en av grunnpillarene.

I Sel kommune har vi ulike fora for tverrfaglig samarbeid, både for barn og voksne. Ut fra erfaring med disse står vi fortsatt overfor utfordringer for å få disse til å fungere etter hensikten. Noen overlapper hverandre og flere fungerer vel så mye som flerfaglige som tverrfaglige fora. Fra ruskoordinatoren i regionen har det kommet innspill om å opprette arbeidsgruppe der alle tjenester (innen helse, barnehage og skole ol) og organisasjoner inviteres 1-2 ganger pr år for å bidra til samhandling og kompetanseutveksling innen forebyggende arbeid med hoved fokus på psykisk helse og rus.

I psykisk helsearbeid møtes ulike faggrupper med forskjellig tilnærming til de problemene som skal løses. Det er viktig å fremme et tverrfaglig perspektiv som forener ulike fagperspektiv med utgangspunkt i et tydelig brukerperspektiv. Begrepet behandlingsnettverk kan illustrere hvordan samarbeid kan foregå på tvers av fag-, etats- og nivågrenser.

Samhandling forutsetter likeverd. Hierarki må derfor erstattes med likeverdighet. Hver enkelt må gi avkall på noe av den autonomien og uavhengigheten som ligger i egen yrkesrolle.

På systemnivå blir tverrfaglig samarbeid ofte vanskeliggjort ved at de enkelte fagområdene velger å ikke gi av sin kunnskap til andre slik at samarbeidet ofte bærer preg av «sandpåstrøing»

Et godt psykisk helsearbeid forutsetter en helhetlig tenkning og et bredt spekter av tiltak, på tvers av de tradisjonelle sektor- eller faggrensene. For å få til dette for barn og unge er det forebyggende arbeidet i skoler, barnehager og andre oppvekstarenaer særlig sentralt.

Forutsetning for samarbeid:²³

- ledelse, forankring, system.
- verdigrunnlag
- samarbeidskompetanse
- plan for opplæring
- kunnskap og ferdigheter

I planen er det beskrevet ulike former / verktøy for brukermedvirkning som individuell plan og ansvarsgruppe som innebærer tverrfaglig samarbeid.

Det er viktig å samordne tilbudet til mennesker med behov for sammensatte tjenester. Tverrfaglig samarbeid er en umulighet uten koordinert hjelp / bistand.

For mer om tverrfaglig arbeid vises til kommunes ReHabiliteringsplan av 2012 kap 3.2 og 7.3.

²³ Kilde: Glavin&Erdal, ”Tverrfaglig samarbeid i praksis”.

7.2 Individuelle planer (IP)

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Dette er nedfelt i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinering kap 5, §§ 16 – 20). I helse og omsorgstjenesteloven er det hjemlet i §7-1.

- I forskriftens §16 står det at *pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan*”
- *Vedkommende har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette.*
- *Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørende ønsker det.*

Brukere har rett til selv å bestemme om de ønsker en IP eller ikke. Det er viktig at alle innen målgruppa blir informert om retten til å få utarbeidet IP. Innen tjenesteområdet psykiske helsearbeid har det over flere år vært arbeidet systematisk med IP.

IP som reflekterer spesielle styrker og svakheter er et godt hjelpemiddel i å planlegge, gjennomføre og evaluere individuelt tilpassede og samordnede tjenester og tiltak. Det vil også være et godt hjelpemiddel for å fatte presise vedtak om hvilke tjenester beboeren har behov for og omfanget av disse.

Sektorovergripende prosedyrer for arbeidet med individuelle plan skal forankres i kommunens kvalitetssystem.

For videre informasjon om den individuelle planens innhold og omfang vises til helse- og omsorgstjenestelovens § 7-1, forskriftens kap. 5 om individuell plan og koordinator og kommunens ReHabiliteringsplan av 2012.

- ⇒ *Det foreligger eget henvendelsesskjema til bruk i saksbehandlingen.* Denne finnes i kommunens kvalitetssystem, Kvalitetslosen.
- ⇒ *Det er utarbeidet en forenklet mal til bruk i arbeid med individuell plan.* Denne finnes i kommunens kvalitetssystem. Kan brukes elektronisk gjennom bla fagsystemet PROFIL.
- ⇒ *Det er utarbeidet flere tverrfaglige prosedyrer for arbeid med individuell plan.* Disse finnes i Kvalitetslosen:
 - Individuell plan – Informasjonsplikt
 - Individuell plan - Saksbehandling
 - Individuell plan – Innhold og utførelse

7.3 Personlig koordinator

Retten til å få utpekt personlig koordinator i kommunen er hjemlet i helse og omsorgstjenesteloven § 7-2 og i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinering § 21.

Forskriftens § 21: *For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen tilby koordinator, jfr. helse-omsorgstjenesteloven.*

Lovens § 7-2: *Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.*

Ut i fra ansvarsgruppa (se kap7.3) blir det utnevnt en personlig koordinator - primært utnevnes denne av koordinerende enhet i samarbeid med brukeren. Hvem som utpekes / velges til koordinator er viktig da relasjoner bruker - koordinator er av stor betydning.

Oppgavene til personlig koordinator:

- avklare hvem som skal være med i ansvarsgruppa
- avklare roller til medlemmene i ansvarsgruppa
- sette opp møteplan, innkalle til møter og skrive referat
- i samarbeid med bruker ansvar for utarbeidelse av individuell plan
- ansvar for oppstart/oppfølging /evaluering av tiltak
- sikre brukermedvirkning

⇒ *Det er utarbeidet tverrfaglige prosedyre for personlig koordinator for personer med behov for tverrfaglige tjenester. Den finnes i Kvalitetslosen.*

7.4 Ansvarsgruppe

Hensikten med å ha en ansvarsgruppe er å sikre et tverrfaglig samarbeid, informasjonsflyt og koordinerte tjenester. Deltakerne er fastere forpliktet enn om de ulike tjenesteyterne kun kontaktes ved behov. Arbeidsformen benyttes ofte i arbeidet med individuell plan. Gruppa kan opprettes når brukeren har behov for flere tjenester (flere tjenester er mer enn en tjeneste).

Ansvarsgruppa består av brukeren og representanter for tjenester som brukeren mottar. Den bør ha så få medlemmer som mulig. Andre aktuelle instanser blir innkalt ved behov.

I Sel kommune har vi benyttet følgende definisjon av ansvarsgruppe:

En ansvarsgruppe består av tjenestemottaker eller en som representerer han / henne og alle tjenesteutøvere / fagpersoner som yter eller er ansvarlige for tilbud og tjenester til tjenestemottakeren. Brukermedvirkning er sentralt. Ansvarsgruppen har som oppgave å planlegge, følge opp og samordne enkelttiltakene fra ulike tjenester / tilbud for den enkelte tjenestemottaker.

Denne samarbeidsformen er benyttet innen det psykiske helsearbeidet i kommunen - både for barn, unge og voksne.

⇒ *Det er utarbeidet tverrfaglig prosedyre for ansvarsgruppemodellen. Den finnes i Kvalitetslosen*

7.5 Koordinerende enhet

Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 og forskrift av 2011 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinering §6. Målet med enheten er å sikre koordinerte tjenester til de som trenger det.

Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Enheten skal ha en pådriverfunksjon i forhold til kartlegging, planlegging og utvikling av rehabiliteringstjenestene i kommunen. Koordinerende enhet skal legges til tildelingskontoret. I ReHabiliteringsplanen av 2012 står det at *«for å lykkes med dette må tildelingsenheten ta opp i seg det ansvaret som tilligger koordinerende enhet iht forskriften. I rehabiliteringssaker må tildelingsenheten styrkes med nødvendig tverrfaglig rehabiliteringskompetanse»*.

I ReHabiliteringsplanen av 2012 står det følgende om sammensettingen:

- Koordinerende enhet bør være tverrfaglig sammensatt, vidt representert og ha en fast leder og settes sammen av personer med myndighet til å ta avgjørelser
- Koordinerende enhet skal minimum være representert av: leder for rehabilitering, NAV, lege og ha en representant for plo tjenestene.
- Andre aktører innkalles etter behov. (eks fysio, - og ergoterapi, psykisk helsearb, helsestasjon, PPT, tekniske tjenester, kultur osv),
- Leder av Koordinerende enhet skal være virksomhetsleder for rehabiliteringstjenestene evt leder av tildelingskontoret

For mer inngående om organisering av og oppgaver til koordinerende enhet vises til kommunens ReHabiliteringsplan av 2012, kap 6.3.2 og 7.4. Det vises også til vedtak fattet av kommunestyret 18.06.12, pkt 2: *«Det etableres en koordinerende enhet i tråd med lov og forskrift»* og pkt 3 *«Koordinerende enhet blir organisert under kommunens tildelingskontor når dette etableres»*. Dette vedtaket ble understreket gjennom ny organisering av Sel kommune av 01.04.13 der koordinerende enhet legges til Tildelingsenheten – noe som da allerede ble vedtatt i 2012. Det vises også til helse og omsorgstjenestelovens § 7-3 og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinering §6.

Utfordringer	Målsetninger
• Å få tverrfaglig arbeid til å fungere i tråd med prosedyrer, lov og forskrift. • Økt bevissthet på hva som skiller flerfaglig og tverrfaglig arbeid • Å få koordinerende enhet til å fungere i tråd med lov og forskrift	• Å sikre god kompetanse på det tverrfaglige arbeidet der brukermedvirkning er et overordna prinsipp.

8 Oppgaver i kommunens psykiske helsearbeid

8.1 Generelt

Helse- og sosialtjenester utgjør hovedtyngden i psykiske helsearbeid og omfatter forebygging, utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning.

Psykisk helsearbeid inkluderer også tiltak for å fremme psykisk helse i befolkningen og forebygge psykiske plager og vil dermed utgjøre et viktig ledd i kommunens folkehelsearbeid. En viktig forutsetning for å drive systematisk forebyggende arbeid er å kjenne til risikofaktorer og årsakssammenhenger til sykdom og psykisk uhelse.

Barnehager, skoler og SFO er viktige arenaer for å fremme god psykisk helse. Ideelt må tiltak settes inn på flere områder samtidig, og både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå.

På noen områder kan det oppleves uklare ansvarsforhold slik at «gråsoner» oppstår. Ansvar for oppfølging av rusavhengige mødre er et slikt område. Hvem har ansvar? NAV? En tjeneste i kommunen? Hvilken? Dette må avklares slik at disse mødrene ikke blir «kasteballer» i systemet.

8.2 Utredning og vurdering mv – fastlegens rolle

Dette er fastlegenes ansvar, gitt gjennom helselovgivningen. Spesialisthelsetjenesten skal bistå der det er behov for mer spesialisert utredning og behandling. Utenom kontortida for fastlegen er det legevakten for Nord Gudbrandsdal på Otta som skal ivareta oppgaver i psykisk sammenheng som innleggelse, henvisning med mer, inkl. øyeblikkelig hjelp. Politiet må i noen tilfelle yte hjelp til framstilling og transport når helsevesenet (leger) etter nøye vurdering finner det nødvendig. Behovet for slik bistand er ofte utenom kontortid og det er viktig at legevakten kjenner til disse rutinene som bla er omtalt i Rundskriv IS-5/2012²⁴

Utredning, inkludert medisinsk diagnostikk, og vurdering må ligge til grunn når hjelpetiltak skal planlegges og gjennomføres. En vesentlig del av diagnostikk og behandling av mennesker med psykiske lidelser skjer utenfor spesialisthelsetjenesten, og da særlig i regi av primærhelsetjenesten. Fastlegens medisinske arbeid er sentral. De utreder og behandler mange som ikke har kontakt med andre deler av helse- og sosialtjenesten. Et fåtall henvises til spesialisthelsetjenesten. Pasienter med lettere og moderate psykiske lidelser blir i hovedsak behandlet og fulgt opp lokalt. Legene har også medisinsk oppfølgingsansvar for de fleste pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Fastlegene har en sentral rolle som «døråpnere» overfor andre tjenester og ytelser som henvisningsinstans til spesialisthelsetjenesten, i forhold til økonomiske ytelser som sykmelding, midlertidig uførestønad og uførepensjon og i forhold til NAV når det gjelder ulike avklaringer og legeerklæringer. Fastlegen må trekkes inn som medisinsk ansvarlig og delta i arbeidet.

En viktig praktisk side ved tverrfaglig samarbeid er fastlegeavtalene som gir mulighet til å sette av tid og delta på møter. Kommunen bør kontinuerlig vurdere om eksisterende

²⁴ Rundskriv IS-5/2012 Helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid. Utgitt av Helsedirektoratet og Politidirektoratet.

fastlegeavtaler i god nok grad legger til rette for et godt samarbeid og tjenestetilbud for den enkelte bruker.

8.3 Behandling – oppfølging mv

Behandling skjer både i kommunen og innen spesialisthelsetjenesten. For voksne blir dette i hovedsak ivaretatt av legetjenesten og psykisk helsearbeid i kommunen, men også av hjemmesykepleien, institusjonstjenesten, den øvrige rehabiliteringstjenesten og andre innen helse- og rehabilitering. For barn er legetjenester, helsestasjonen, psykisk helsearbeid, PP-tjenesten og barnevern spesielt viktige aktører.

Helsedirektoratet utarbeidet i 2009 Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Retningslinjene har også noen tanker om ansvaret for barn av foreldre med depressive lidelser.

I kap 10 i Helse- og omsorgstjenesteloven omhandles tvangstiltak overfor rusmisbrukere. Der kommer det fram oppgaver for ulike instanser i kommunen, helseforetakene og fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker.

I Sel kommune er det faglige ansvaret for psykisk helsearbeid både for barn og voksne tillagt en av kommunelegene. Dette er et rent faglig / administrativt ansvar. Gir ingen fullmakt til å overstyre andre fastlegers behandlingstilbudet. Gir imidlertid mulighet til å påvirke behandlingsforløpet gjennom samarbeid med andre profesjoner og bruker.

Et bredt spekter av helseprofesjoner er involvert i henvisning, diagnostisering og behandling av pasienter med psykiske lidelser som psykologer, leger, sykepleiere, vernepleiere, fysioterapeuter, sosionomer, ergoterapeuter etc.

Tverrfaglige vurderinger og tiltak er ofte svært avgjørende. Både legenes takstplakat og fastlegeavtaler åpner for å delta på tverrfaglige møter med bruker og andre sentrale behandlere / tjenesteytere. Likevel oppleves det utfordrende å få legene til å prioritere dette arbeidet.

Praktisk gjennomføring av tvangs behandling og behandling etter dom kan også utføres av godkjent helsepersonell i kommunen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. For mer om dette vises til 9.2 om samarbeid med spesialisthelsetjenesten/tvunget psykisk helsevern..

8.4 Henvendelser / etterspørsel etter tjenester

Etterspørselen etter tjenestene kommer fra ulike hold, som private og ulike off. instanser både på kommunalt og spesialisttjenestenivå.

Psykisk helsearbeid skal i utgangspunktet være et lavterskeltilbud og i det ligger at personer kan få tilbud uten at det foreligger et formelt vedtak. Det er viktig at det avklares hva som er lavterskeltilbud (uten henvisning / søknad) og hva som er lav terskel for å få tilbud. Barn som trenger tilbud fra helsestasjons-/skolehelsetjenesten/psykisk helsearbeid for barn, trenger ingen henvisning. Her skal alle kunne komme.

Hjarterom er definert som et lavterskeltilbud. Det trengs derfor ingen henvisning dit.

Selv om tjenester som tilbys i økende grad blir formalisert som følge av økte kvalitetskrav i saksbehandlingen, er det fortsatt viktig at personer og/eller samarbeidspartnere kan henvende seg til tjenesten uten at det foreligger formaliserte søknader med påfølgende vedtak. Det vurderes viktig at tjenesten kan yte et lavterskeltilbud inntil det avklares om bruker har behov for å inngå i et mer forpliktende opplegg.

8.5 Kvalitetssikring - Dokumentasjon

Det er økende krav til saksbehandling og formalisering av vedtak. Planer for framtidig saksbehandling ved psykisk helsearbeid for voksne er at tildelingskontoret skal behandle henvisninger / søknader på psykisk helsetjeneste på lik linje med andre søknader om pleie-, rehabilitering- og omsorgstjenester.

For tilbud / tiltak overfor barn gitt av helsestasjonen kreves ingen vedtak i motsetning til undersøkelser, utredninger tiltak mv i regi av f. eks barnevernet og PPtjenesten. For fysio – og ergoterapitjenestene kreves ingen vedtak med mindre tilbudene er en del av helhetlig rehabilitering. Kravet til dokumentasjon er imidlertid like sterkt over alt.

Det skal fattes vedtak om individuell plan. Det fattes ikke vedtak om innhold i planen – kun om personen har rett på en plan eller ikke. I dette vedtaket skal man så langt det er mulig foreslå koordinator og ansvarsgruppe i samarbeid med bruker.

IPLOS kartlegging²⁵ er sentral for hvorvidt en person tilbys tjenester eller ikke. Dette er i tråd med anbefalinger fra statlige myndigheter og med praksis i flere kommuner og gjelder også innen psykisk helsearbeid for voksne. Innen helsestasjonstjenesten, fysio- og ergoterapitjenestene foretas ikke IPLOS kartlegging, men disse tjenestene er likevel sentrale i den tverrfaglige kartlegginga.

Det er stort fokus på dokumentasjon. Innen psykiske helse for voksne har det databaserte fagprogrammet Plan Pro har vært brukt i mange år. I løpet av 2012 ble all dokumentasjon og saksbehandling overført til fagprogrammet Profil som er brukt i kommunens pleie-, rehabilitering- og omsorgstjenester.

Legetjenesten og den regionale legevakten bruker WinMed som journalsystem.

På helsestasjonen og i jordmortjenesten brukes Barnets helsestasjonsjournal som er en del av WinMed. Den er knyttet opp mot legejournalene. Når det er nødvendig med en sak på foreldrene, opprettes også journal på den voksne.

For å sikre en best mulig helhetlig tjeneste er det etablert faste møter mellom

- legetjenesten og helsestasjonen (psykisk helsearbeid for barn) en gang i uka
- psykisk helsearbeid for voksne og legetjenesten en dag i måneden.
- psykisk helsearbeid for barn og voksne 1 dag i måneden, samt ved behov.

Utfordringer i forhold til behandling, kvalitet og dokumentasjon mv	Målsetninger
• Å få legene til å prioritere tverrfaglige pasient/brukermøter • Bruk av ulike fag-/ saksbehandlingssystemer som ikke kommuniserer med hverandre. • Ikke samme databaserte system for alle tjenester vedr Individuell plan. • System for opplæring innen fagsystemene – spesielt innen Profil. • Uklare ansvarsforhold vedr oppfølging av rusavhengige mødre.	• Gode tverrfaglige vurderinger gjennom hele behandlingsforløpet • Ta i bruk felles Web basert system for bla Individuell plan på alle fagområder innen helse, rehabilitering, omsorg, skoler og barnehager. • Sikre opplæring i fagprogram • Klare ansvarsforhold for hvem som har ansvar for hva.

²⁵ IPLOS - individbasert pleie- og omsorgsstatistikk

9 Samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

9.1 Om spesialisthelsetjenesten

Sykehustjenestene er samlet under Helse Sør – Øst / Sykehuset Innlandet HF. Divisjon psykisk helsevern er den største i Sykehuset Innlandet, og holder til på 29 steder i Oppland og Hedmark. Sentralsykehusavdelingene er på Reinsvoll og Sannerud.

Distriktpsikiatrisk senter (DPS) og barne- og ungdomspsykiatrisk senter (BUP) ved Lillehammer har også avdelinger på Otta som betjener befolkningen i Nord Gudbrandsdal. DPS'et består av poliklinikk (VOP) og døgntilbud. I tillegg til dette består tjenesten av 5 ulike kompetansesentre. Det er også private institusjoner med driftsavtale.

Med rusreformen av 2004 ble ansvaret for fylkeskommunale tiltak for personer med rusproblemer overført til staten ved de regionale helseforetakene som dermed også fikk ansvar for døgnbaserte spesialisthelsetjenester innen rusbehandling eller «tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk» (TSB) som det omtales ihht spesialisthelsetjenesteloven.

Distriktpsikiatrisk senter (DPS) Lillehammer har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske spesialisthelsetjenestene i området rundt Lillehammer og i Gudbrandsdalen. Poliklinikken består av to allmennpsykiatriske team, et for Sør- og Midt-Gudbrandsdal på Lillehammer og et for Nord-Gudbrandsdal på Otta, samt et rusmiddelteam som dekker hele området.

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) Lillehammer samarbeider tett med poliklinisk enhet på Otta, og samarbeidet med sykehuset er etablert og godt. De to poliklinikkene har felles overordnet ledelse.

I henhold til Helsedirektoratets veileder skal DPS ha ansvar for all øyeblikkelig hjelp, og kun bruke sykehuset der deres tjenester er absolutt nødvendige.

9.2 Døgninstitusjoner

Sykehusfunksjonene innen Sykehuset Innlandet HF ivaretas av Sannerud og Reinsvoll.

DPS , Otta har en døgnenhet med 15 senger og kan kun gi tilbud til frivillig innlagte. Av disse er 2 såkalte brukerstyrte senger. Dette innebærer at innlagte pasienter kan inngå spesielle avtaler. I dag gjelder dette kun personer med en psykosediagnose. Skal utvides til å omfatte allmenpsykiatri og rus. Dette er et tiltak som politiet ser stort behov for. Deres erfaring er at flere med rusproblematikk må bli i politiets varetekt inntil de er edrue og deretter i stor grad, overlates til seg selv.

Døgnenheten på Lillehammer har 8 akutte / korttidsplasser som også omfatter kommunene i Nord Gudbrandsdal. Det er fastlegene, spesialisthelsetjenesten og NAV som henviser.

9.3 Tvunget psykisk helsevern

Kap 10 i Helse og omsorgstjenesteloven omhandler tvangstiltak overfor rusmisbrukere. Kapitlet tar for seg oppgaver for ulike instanser i kommunen, helseforetakene og fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Tvangstiltak omhandles også i Lov om psykisk helsevern, kap 3. Det er kun leger og spesialister som kan legge inn på tvang.

Tvungent psykisk helsevern kan bare anvendes når frivillig psykisk helsevern er prøvd, eller frivillighet er åpenbart formålsløst.

Tvungen psykisk helsevern er i hovedsak en ren sykehusoppgave, men kan utføres utenfor institusjon som Tvang Uten Døgn (TUD). Ved TUD kan medisinerings skje ved døgnenhet og/eller ansatte innen kommunens psykisk helsearbeid eller hjemmetjenesten. Ut over dette er oppgaven vanlig oppfølging. Hvis pasienten nekter, vil lege bli kontaktet, begjæring sendes sykehus og pasienten må inn til sykehus for medisinerings.

I januar 2007 trådte en endring i Lov om psykisk helsevern i kraft. De viktigste endringene var avskaffelse av et absolutt krav om innleggelsesbegjæring (tutorordningen) og *lovfesting av offentlig myndighets varslings- og bistandsplikt*. Første ledd i lovens § 3-6 presiserer at offentlig myndighet har ansvar for å bidra til at alvorlig psykisk syke personer, som ikke selv søker kontakt med det psykiske helsevernet, skal komme i kontakt med helsetjenesten.

For å sikre at kommunen oppfyller varslings- og bistandsplikten må det etableres rutiner for varsling. Slike rutiner må omfatte fastlegene, psykisk helsearbeid, hjemmesykepleien, NAV, helsestasjon, skolehelsetjenesten, osv.

Det er et overordnet mål å komme fram til frivillige tiltak. Når tvangsinnleggelser benyttes skal den være godt kvalitetssikret. Fra Sel kommune innlegges svært få på tvang da det i forkant arbeides godt tverrfaglig for å komme fram til frivillige tiltak.

9.4 Plasser for øyeblikkelig hjelp

Kommunen er vertskommune for Lokalmedisinsk senter (NGLMS). DPS, døgnenhet er etablert på Otta. Det er ingen av disse som i dag skal ivareta behovet for plasser for øyeblikkelig hjelp for personer med psykisk lidelse og / eller rus. Det har ved flere anledninger kommet fram behov og ønsker om at dette også kan ivaretas av NGLMS. Har vært oppe til diskusjon i klinisk samarbeidsutvalg (KSU) for Nord Gudbrandsdal og har vært lansert i 6 K Helse som et behov, men det er ikke tatt noen avgjørelse. Å få dette avklart er viktig og vil bli enda mer viktig når samhandlingsreformen kommer for fullt.

I dag går øyeblikkelig hjelp gjennom legevakt. Der vurderes det om personen kan vente til dagen etter. Hvis behovet er øyeblikkelig hjelp går dette til Reinsvoll.

9.5 Akutte - ambulante tjenester

I 2010 ble det på nasjonalt nivå gitt klare føringer om at alle DPS skulle ha akutt- og krisetjenester. Fra juli 2013 burde disse ha utvidet åpningstid hele døgnet – hele året. Det understrekes at de som skal gi akutte ambulante tjenester må ha kompetanse i selvmordsrisikovurderinger og kompetanse i tidlig intervensjon i psykose.

I arbeidet med å forberede dette blir det understreket at det ikke er personalressurser nok i DPS, Otta til å bemanne et eget team. De har derfor sett på hvordan de kan yte likeverdige

akutt- ambulante tjenester og tjenester som er mest mulig effektive i forhold til behov og øvrige tjenester i norddalskommunene.

Ambulant akutt team (AAT) er lokalisert på Lillehammer og startet opp 01.09.13. Ambulant team Otta skal ikke ha akutt beredskap. Akutte saker skal henvises via inntaksteam på Lillehammer. Det er ett telefonnummer²⁶ der legevakt kan henvende seg på ettermiddag/natt/helg for og «bestille» time, eller at DPS Lillehammer tar direkte kontakt med pasienten første ordinære virkedag. Ved institusjonsinnleggelse oversendes dette Sannerud og Reinsvoll.

For vår region utføres følgende akutte tjenester ved at lege / DPS poliklinikk kontakter DPS Lillehammer mellom 08 og 14 på yrkesdager som tar dette opp på sine inntaksmøter. På kveld og helger kan legevakt ringe t. 61272014. Dagbehandlingstilbud henvises fra fastlege. Saker som ambulant team DPS, Ottas poliklinikk skal se på oversendes dit.

Fra 1. okt -13 skal døgn/ poliklinikk ambulante tjenester ved DPS, Otta så vidt være i gang, men endelig startdato er satt til 02.01.14.

9.6 Avgifting (Avrusing)

Avgiftning i vår region skjer ved Sannerud som har egen avgiftingsenhet og dermed både plass og kompetanse til dette. Det er et generelt krav om at det skal være spesialist tilgjengelig daglig og helst på døgnbasis. De har ansvar for planlagt avgifting både for pille- og alkoholavhengige. Ved de somatiske sykehusene gjennomføres også avgifting, men det er som et akutt tiltak og ikke som ledd i planlagte behandlingsforløp.

9.7 Samarbeidsorganer - systemer

Samarbeidsorganer:

Det er etablert flere viktige samarbeidsorganer som:

- Psykiatrisk poliklinikk (VOP) kommer innom legetjenesten (legevakta) etter helg for å få oversikt over evt innleggelser til psykisk helsevern fra legevakta.
- Godt etablerte møter mellom lege, psykisk helsearbeid for voksne og psykiatrisk poliklinikk (VOP) 5 ganger i året
- Klinisk samarbeidsutvalg (KSU) 3-4 mg/året
- Samarbeidsdager mellom BUP og kommunen 4 ganger i året. BUP stiller seg til disposisjon for rådgivning og veiledning, samhandling for enhetlig pasientforløp. Dette koordineres av helsesøster, men BUP ivaretar møteledelsen

Døgnetenheten ved DPS, Otta har meldt et behov om regelmessige møter mellom DPS, døgnetenhet, VOP og Sel kommune ved psykisk helsearbeid og lege Det er ønske om at dette kommer i gang første kvartal 2014.

Det er også et behov for å bruke videokonferanser i større grad enn i dag. Bør kunne ordnes da både VOP /DPS poliklinikk/døgnavdeling og kommunen v/ NGLMS har slikt utstyr.

Rusprosjektet for Nord Gudbrandsdal arbeider med å utarbeide en samarbeidsavtale mellom kommunene, NGLMS og spesialisthelsetjenesten (DPS), der samhandlingstiltak og

²⁶ Akuttberedskap utenom kontortid: t 61272014

behandlingslinjer innen rus og psykisk helse vil ha hovedfokus. Det regionale rusprosjektet vil fokusere på samhandling på systemnivå, felles regional kompetanseplan, generell informasjons- og opplysningsarbeid i kommunene og alkoholpolitikk.

Samhandlingssystemer:

Samhandlingsrutiner mellom Sykehuset innlandet og kommunene²⁷

For å bedre samhandlingen mellom kommunene og Sykehuset Innlandet HF, er det vedtatt ulike samhandlingsrutiner. For tjenesteområder psykisk helse og rus mangler samhandlings-/tjenesteavtaler. Dette er det et stort behov for å få på plass.

De generelle samhandlingsrutinene som også angår psykisk helse og rus er følgende:

1. Innleggelse i Sykehuset innlandet HF
2. Utskriving av pasienter fra Sykehuset Innlandet HF til kommunene
3. Varsling av inn- og utskrivingsklar pasient med elektronisk meldingsutveksling
4. Individuell Plan
5. Følge av kjent personale fra kommunen

Råd, veiledning, støtte

DPS har ansvar for at kommunalt personell får nødvendig råd, veiledning og støtte fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen og DPS må sammen sikre systemer som ivaretar dette. For å bli mer konkret på behovene for veiledning og kompetanseoverføring mellom kommunene og psykisk helsevern er det viktig å samarbeide om dette

LAR behandling²⁸

Formålet med legemiddelassistert rehabilitering er at personer med opioidavhengighet²⁹ skal få økt livskvalitet og at den enkelte får bistand til å endre sin livssituasjon gjennom bedring av vedkommendes optimale mestrings- og funksjonsnivå. Formålet er også å redusere skadene av opioidavhengighet og faren for overdosedødsfall.

Dette er behandlingsform der metadon eller buprenorfin brukes til å understøtte andre behandlings- og rehabiliteringstiltak for opiatavhengige. Det bør foreligge en legeerklæring og alle bør ha en IP. Pasientene kan oppholde seg i institusjon eller bo hjemme. Målgruppen er mennesker med et opioid-dominert misbruk, eventuelt med tillegg av annen alvorlig sykdom og/eller med selvdestruktiv adferd. Gravide LAR brukere og spebarn født av LAR brukere må underlegges spes. kontroll og oppfølging.

ROP retningslinjer³⁰

I 2012 ble det utarbeidet nasjonale retningslinjer for ROP lidelser. Disse inneholder 10 viktige anbefalinger. Målgruppa for retningslinjene er tjenesteutøvere som arbeider med pasienter/personer med både ruslidelser og psykiske lidelser og pasienter med psykisk lidelse kombinert med ruslidelse.

²⁷ Se hjemmeside Sykehuset Innlandet HF og søk på samhandlingsrutiner

²⁸ LAR legemiddelassistert behandling. Det er utarbeidet en LAR- forskrift av 2009-12-18 nr 1641. Den dominerende behandlingsformen på verdensbasis er substitusjonsbehandling med metadon og buprenorfin.

²⁹ Opioider er bla heroin, morfin, kodein, metadon osv

³⁰ Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelser og psykisk lidelse - ROP-lidelser (10 viktige anbefalinger), utgitt av Helsedirektoratet 2012.

Behandlingslinjer:

Arbeid med å utarbeide behandlingslinjer har pågått en tid. En behandlingslinje er en fastlagt organisering av et behandlingsforløp for den aktuelle pasientgruppen.

Målet med behandlingslinjer er å gi:

- bedre arbeidsstruktur
- kvalitetsikring av arbeidet
- bedre henvisningsrutiner
- kortere tid fra henvisning til undersøkelse
- færre strykninger
- dedikerte operasjonsdager
- kompetanseplanlegging- og heving
- samhandling mellom yrkesgrupper

Det er utarbeidet følgende behandlingslinjer med relevans for fagfeltet psykisk helsearbeid:³¹

- ADHD hos barn og unge
- akutt delirium hos eldre
- gravide med psykiske plager.
- gravide med rusproblemer.
- sped- og småbarn av foreldre/foresatte med psykiske plager/lidelser
- sped- og småbarn med foreldre/foresatte med rusproblemer
- demens
- Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 (som omhandler rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingsh)

Det pågår en kursrekke i samarbeid mellom Sykehuset Innlandet HF og kommunene der et av formålene er å utarbeide behandlingslinjer for vold, rus og depresjon.³²

Utfordringer i samhandlingen:	Målsetninger:
• Å få til gode nok samarbeidsformer både internt i kommunen og i forhold til spesialisthelsetjen. • Å få på plass gode samarbeidsavtaler og helhetlige pasientforløp • Å ha så klare kriterier som mulig for hva som er et kommunalt ansvar og hva som bør tilbys gjennom ulike nivå ved helseforetakene. • Å lage en god og skjematisk oversikt over hvor de enkelte henvisningene skal sendes. • Tilgang på rask og ambulant hjelp hele døgnet • Avklare hvor plasser for øyeblikkelig hjelp i Sel kommune evt for region Nord Gudbrandsdal skal ivaretas • Å vite sikkert når pasienter er utskrivningsklare, særlig utfordring knyttet til rus, kriminalitet og potensiell farlig adferd. • Sikre gode innleggelses og utskrivningsrutiner ihht vedtatte samhandlingsrutiner. Spesialisthelsetjenesten må innskjerpe rutiner om å melde fra når pasientene er utskrivningsklare. Slike meldinger må gå til lokalt hjelpeapparat, familien og andre nærpersoner.	• Alle fastlegene skal ha en systematisk og proaktiv oppfølging av sine pasienter med alvorlige psykiske lidelser. • Sel kommune og spesialisthelsetjenesten skal ha et system som gir rask og god hjelp • Etablere modell for samhandling om akuttbistand på kveld og helg som er kostnadseffektiv og har nødvendig kompetanse • Avklare plassering av plasser for øyeblikkelig hjelp i regionen når samhandlingsreformen kommer for fullt. • Bruk av tvangsinnleggelses reduseres til det absolutt nødvendige og at det prøves ut med frivillig hjelp først.

³¹ <http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss/avdelinger/stab-helse/Sider/behandlingslinjer.aspx>

³² Jfr kap 5 om kompetanse

10 Andre lokale, regionale og statlige samarbeidsarenaer

Viktige lokale samarbeidspartnere ut over Helse Sør-Øst / Sykehuset Innlandet HF, divisjon psykisk helse, som omhandles i kapitlet foran og i kapittel 2.4 om samhandlingsreformen, er bedriftshelsetjenesten (GBHT), NAV, GIAx, Inn på Tunet, Politiet, Sorg – omsorgsgruppa, Mental helse, Familievernkontoret, Krisesenter og MOT.

NAV, GIAx og «Inn på Tunet» omtales under kap.12.6 om Arbeid, sysselsetting, økonomiske virkemidler og kap 12.8 om Sosiale møteplasser mv. Sorg og omsorgsgruppa og krisesenteret omtales under kap 13 om Bistand i kriser og katastrofer. Disse omtales ikke nærmere her. MOT omtales litt i kap 11.3 om Utvikling av god psykisk helse, men utdypes noe her.

Gudbrandsdal bedriftshelsetjeneste (GBHT):

Bedriftshelsetjenesten er en naturlig samarbeidspartner for ansatte i bedrifter som er medlemmer. GBHT tar i økende grad kontakt med psykisk helsearbeid der de ser en ansatt står i fare for å falle ut av arbeidslivet pga psykiske plager. Ved sykefravær vil begge disse partene kunne bli viktige deltakere og kontaktpersoner for bruker på dialogmøter med NAV der det legges en oppfølgingsplan for videre arbeidsdeltakelse.

Politiet:

Helsedirektoratet og Politidirektoratet har i samarbeid utarbeidet et rundskriv om «Helsetjenestens og politiets ansvar...». ³³ Det er helsetjenestens ansvar å yte helsehjelp, men politiet har imidlertid hjelpeplikt overfor personer som er ute av stand til å ta vare på seg selv. Politiet har også i visse situasjoner varslingsplikt overfor helsetjenesten og skal om nødvendig fremme begjæring om tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern.

Politiet skal i følge politiloven, drive forebyggende, håndhevende og hjelpende virksomhet som ledd i samfunnets samlende innsats for å fremme og befeste borgernes rettsikkerhet, trygghet og alminnelig velferd for øvrig.

Det anbefales at det etableres lokale samarbeidsrutiner mellom helsetjenesten og politi. Slike rutiner skal sikre at politiet ikke bruker unødvendig tid på å sørge for at den antatt psykisk syke blir vurdert og fulgt opp av helsetjenesten.

I Sel kommune deltar politiet i kommunens psykososiale kriseteam.

MOT:

MOT er så vidt nevnt under kap 11.3 om Utvikling av en god psykisk helse. MOT sine kjerneverdier er MOT til å leve, MOT til å bry seg, MOT til å si nei. Visjonen er varmere og tryggere oppvekstmiljø. Grunntanken bak MOT er å styrke menneskers mot til å ta vare på seg selv og hverandre. Sel kommune har siden de ble en MOT kommune i 2004 vist stort engasjement og jobbet målbevisst for å implementere MOT i hele lokalsamfunnet.

Familievernkontoret på Otta:

Kontoret har som oppgave å gi hjelp til familier, par og enkeltpersoner som strir med eller ønsker å forebygge plager knyttet til samliv og samspill. Fra tid til annen opplever de fleste personer, par og familier mellommenneskelige konflikter, plager eller kriser. Når folk strever

³³ Rundskriv IS -5/2012 om «Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid».

for lenge med uløste problemer, kan de utvikle seg til så store påkjenninger at det medfører redusert arbeidsevne, livsutfoldelse og i verste fall fysiske eller psykiske lidelser. Det er derfor viktig å søke hjelp tidlig.

Statlig barnevern (Bufetat)

Bufetat skal bistå bla barnevernstjenesten i kommunene med plassering av barn utenfor hjemmet

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

Tjenesten skal fremme tannhelsen i befolkningen og sørge for nødvendig forebygging og behandling. Har vist seg å være nyttig i avdekking av seksuelle overgrep mot barn.

Interkommunalt rusprosjekt / ruskoordinator

Kommunene Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk har fra 2012 et interkommunalt samarbeidsprosjekt med ruskoordinator ansatt i 100% stilling. Sel er vertskommune og ruskoordinator har i dag kontor på Hjerterom. Prosjektmåla er gjennom en interkommunal ruspolitisk handlingsplan å strukturere rusarbeidet i kommunene, og utnytte mulige samarbeidsformer interkommunalt, også inn mot spesialisthelsetjenesten.

Det er også viktig å øke den rusfaglige kompetansen, og etablere rusforum i regionen, og grupper i hver kommune som jobber med rus.. Prosjektet har delt mål og tiltak på rusfeltet i to områder, selv om forebygging og rusomsorg vil være overlappende i mange tilfeller.

Et område med forebyggende tiltak ut mot barn/unge, foreldre/gravide blir viktig, men også unge voksne, uføre, arbeidsliv og befolkning øvrig.

Et område for helhetlig rusomsorg med oppfølging, behandlende og rehabiliterende tiltak rettet mot skadelig bruk og avhengighet. Her vil boligsosialt arbeid og ettervern bli viktige områder der en vil etablere samhandlingsmodeller i og mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste og andre offentlige tjenester.

11 Psykisk helsearbeid for barn og unge

11.1 Innledning

Ved siden av foreldre og familie, er mange med og former barnet sin psykiske helse. Lokalmiljøet, frivillige organisasjoner, barnehager og skoler samt de fleste tjenesteområder i kommunen setter sitt preg på og gir sitt bidrag i sosialisering og rammer.

Tjenestetilbudet til barn og unge som omfattes av planen, har gjennomgått store endringer. Staten har utarbeidet flere sentrale veiledere. Veileder Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene³⁴, er fortsatt et viktig dokument for utvikling av tjenestetilbudet. Veilederen definerer barn- og ungdomsalderen til å omfatte tiden fram til 23 år. For mer utfyllende informasjon vises til veilederen, evt andre veiledere, rapporter mv.

En god psykisk helse er grunnleggende for alle. Trygghet, mestring tilhørighet og fellesskap med andre er avgjørende. Barn med psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre skal sikres oppfølging og hjelp. Barn og unge som sliter vil som regel ha behov for bistand fra mange instanser. Fokus på samarbeid og samordning av tiltak mellom det kommunale psykiske helsearbeidet, spesialisthelsetjenesten, barnevernet og andre sentrale aktører er svært viktig.

Psykiske plager hevdes å utgjøre det viktigste helseproblemet blant barn og unge i dag. Ulike undersøkelser som var lagt til grunn for opptrappingsplanen, viste til at 15 – 20 % av alle barn og unge mellom 4 og 10 år hadde psykiske plager, og at 5% av barnebefolkningen til enhver tid trengte utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten. Nyere måltall viser imidlertid at 8% av barnebefolkningen på et gitt tidspunkt vil trenge utredning / behandling.

Som det kommer fram i kapittel 5 om Organisering er det viktig å understreke at det er psykisk helsearbeid for barn og unge, som skal ha den spissa kompetansen på området og dermed ha dette som ett av sine hovedarbeidsfelt. For at brukere og pårørende skal oppleve et helhetlig og koordinert tilbud, må de opparbeide et godt samarbeid med andre tjenesteytere både innenfor helse og sosialtjenestene, barnevernet, oppveksttjenestene (barnehager, skoler, PPTjenesten), barne- og ungdomspsykiatriske sentra, helseforetak/ sykehus mv.

11.2 Forebyggende innsats for barn og unge

Godt forebyggende arbeid krever at vi starter tidlig og tenker og handler langsiktig. Gode fellesskapsløsninger er et godt utgangspunkt for et inkluderende oppvekstmiljø. En av de viktigste utfordringene er å tenke helhetlig og å samordne innsatsen på tvers av fagområder. Godt forebyggende arbeid fokuserer på å fremme sunne barn og unge som håndterer framtidige utfordringer og risikoer. Et rundskriv om forebyggende innsats for barn og unge³⁵ handler om forebyggende arbeid i fritid, oppvekst, helse, skole og politi. Det understrekes at det er viktig å starte tidlig, samordne tiltak/tjenester og ha kompetanse.

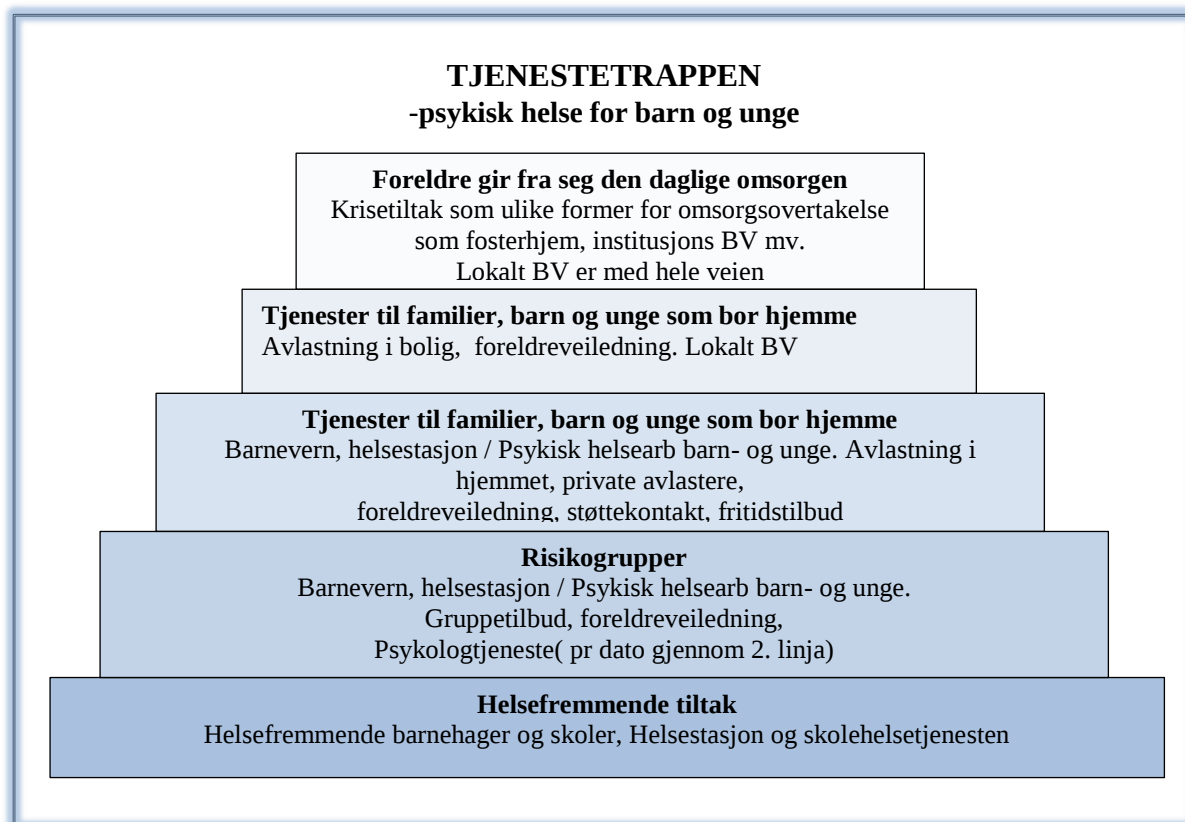
³⁴ Veileder IS – 1405 Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, utgitt av sosial - og helsedir. i 2007.

³⁵ Rundskriv Q-16/2013 Forebyggende innsats for barn og unge

Rundskrivet omtaler tre nivå for forebygging:

1. Forebygging som retter seg mot hele befolkningsgrupper (Primærforebygging)
2. Forebygging som retter seg mot grupper med kjent og / eller forhøyet risiko for å utvikle problemer (Sekundærforebygging)
3. Forebyggingstiltak rettet mot individer med høy risiko eller klare tegn på problemer. (Tertiærforebygging)

For skjematisk å vise til ulike nivåer i tilbudet til barn – og unge viser vi til tjenestetrappen under:



Kilde: Fra Stavanger sin plan for psykisk helsearb 2011 – 15.. Tilpasset til Sel kommune

11.3 Utvikling av en god psykisk helse

Tidlig sårbarhet for psykiske plager

At psykiske plager og lidelser kan ses og oppdages tidlig har vært kjent lenge. Det samme med at tidlig intervensjon hjelper slik at plager kan bli mindre alvorlige eller bedre å leve med. Kunnskapen om hva man skal se etter og hvordan vi skal hjelpe, har bedret seg. Antall hjelpemuligheter, har økt ovenfor målgruppen, og samarbeidet mellom hjelpetiltakene er blitt bedre og det er utviklet verktøy for bedre samarbeid. Tidlig intervensjon betyr i vår sammenheng å arbeide med å identifisere og håndtere et problem på et så tidlig tidspunkt at problemet forsvinner eller blir redusert med begrenset innsats. Tidlig intervensjon er et ledd i folkehelsearbeidet.

Vi vet at mors/foreldres tilknytning til barnet er viktig for et godt samspill mellom barn og foreldre i oppveksten. Derfor er tilknytning allerede i svangerskapet viktig for seinere samspill. Spedbarns psykiske helse er et ungt fagfelt, men vi har fått økt kunnskap her også. Forskningen har vist større forståelse for at spedbarn fra fødselen av har langt større kapasitet

enn tidligere antatt på læring, hukommelse og sosialt samspill. Relasjonen mellom barnet og de som har omsorgen kan være med på å påvirke stressreaksjoner. Kunnskap viser at mødres symptomnivå og problematferd hos ettåringer henger sammen. Dette tyder på at langt mer oppmerksomhet bør rettes mot å hjelpe mødre med psykiske plager for å forebygge at også barna utvikler slike. Resultater fra TOPP-studien³⁶ viste at det er mulig å identifisere forstadier til psykiske plager allerede fra barn er halvannet år gamle. Om lag en fjerdedel av barna med betydelige plager i halvannet-årsalderen hadde fremdeles slike da de var åtte år. Flertallet av de som hadde psykiske plager kunne imidlertid ikke knyttes til bestemte risikofaktorer. Dette understreker viktigheten av å ha et godt oppvekstmiljø for alle barn og samtidig gi barn som bekymrer oss tettere oppfølging.

Regjeringen ga i begynnelsen på 2000-tallet ut strategiplan for barn og unges psykiske helse. I 2009 utga Helsedirektoratet veilederen «Fra bekymring til handling En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet» (IS – 1742) og i 2011 kom folkehelseinstituttet ut med en rapport om Barn av foreldre med psykisk lidelser eller alkoholmisbruk. Alle disse har fokus på tidlig intervensjon.

Risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer, målgruppe

Summen av risikofaktorer og er avgjørende for utvikling av psykiske plager, ikke en særskilt risikofaktor. Beskyttelsesfaktorene er med og begrenser negativ utvikling. I veileder for Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene fra Sosial- og helsedirektoratet, pekes det på barn og unge som i seg selv utgjør risikofaktorer. Disse er innen målgruppa for for psykisk helsearbeid for barn og unge i Sel kommune:

- Barn og unge i minoritetsgrupper, herunder ungdom med seksuell minoritetslegning
- Barn og unge av foreldre med psykiske plager/lidelser eller rusproblemer
- Barn og unge i fattige familier
- Barn og unge med spesielle behov, herunder sykdom og funksjonshemminger
- Ungdom med atferdsproblemer som vold og kriminalitet
- Ungdom med rusproblemer
- Barn og unge som har vært utsatt for seksuelle, fysiske og psykiske overgrep, eller har opplevd overgrep i nære relasjoner

Faktorer i oppveksten anses som beskyttende (Folkehelseinstituttet):

- Oppvekst med ressurssterke foreldre som har en varm, støttende og konsekvent oppdragerstil
- God sosial støtte fra familie og venner i perioder med belastninger og negative livshendelser
- Støttende lærere og medelever
- Barns gode kognitive evner og positive temperamentsstrekk
- Barns evne til å regulere sine følelser gjennom å roe ned
- Aktiv lek som stimulerer barnas sosiale evner

For mer om risiko – og beskyttelsesfaktorer vises til kap 3.1, Årsaker – faktorer for fremmer og hemmer psykisk helse.

³⁶ Folkehelseinstituttet, Trivsel og oppvekst- barndom og ungdomstid, Rapport 2007:5

Fra utviklingstrekk i Sel kommune, kap. 3.3 kan vi se at skilsmisser er en faktor som bør overvåkes. Opplever foreldrene angst og depresjon etter egen skilsmisse, kan dette føre til økt sårbarhet, angst og depresjon hos barna.

Vi vet også at det er store helsemessige forskjeller mellom innvandrere og etnisk norske. Her er det en spesiell utfordring i forhold til integrering og lite sosialt nettverk.

Viktigheten av gode læringsarenaer

Helseperspektivet har vært i fokus når det gjelder forebygging, tidlig intervensjon og risikofaktorer. Det er også nødvendig å peke på læringsarenaene som viktige forebyggingsarenaer av psykiske plager og lidelser. Skoleferdigheter utgjør en beskyttende faktor for utvikling av en god psykisk helse.

I forbindelse med fokus på frafall i videregående skoler, kan det vises til flere undersøkelser som ser på sammenhengen mellom psykiske plager og skolevegring som følge av dårlige skoleferdigheter. Tidligere fokus har gjerne vært at psykiske plager/lidelser medfører vanskeligheter med å følge med i skolen. Dette viser bare at årsaker til plager i grunnskolen og frafall i videregående skoler er komplekse.

Barnehagen og skolen har en viktig rolle som arena for helsefremmende og forebyggende arbeid. Derfor er det viktig at det er god kunnskap om psykisk helse for barn i barnehager og elever ved skolene. Det er utarbeidet en mengde forebyggende programmer og undervisningsopplegg til bruk i skolen, særlig på rus- og atferdsområdene. Disse fører til økt fokus på det psykososiale miljøet og økt kunnskap og bevissthet om psykisk helseproblematikk.

Sel kommune har vært en MOT kommune siden 2004. Alle klassene på ungdomstrinnet får regelmessig besøk av kommunens MOT koordinator /informatører. De er også i gang på det 7. årstrinnet. Erfaringene er at MOT informatørene lett får med seg ungdommen på MOT aktiviteter som arrangeres. Den videregående skolen har bestemt å bruke Drømmeskolen³⁷.

Fra kapittel 3.2 om utviklingstrekk ser vi at det er godt dokumentert at det er klare sammenhenger mellom utdanningsnivå og materielle levekår. Utdanning og spesielt det å gjennomføre grunnutdanning er avgjørende for å sikre god helse. Skoleresultater og mobbing er viktige faktorer og kan gi fysiske og psykiske plager, reduksjon av funksjonsevne og tap av livskvalitet. På ungdomstrinnet kommer Sel kommune noe dårligere ut enn de andre kommunene i regionen så dette bør ha ekstra fokus.

Når det gjelder trivsel og mestring som har betydning for frafall i skolen, har det vært en stabil utvikling i kommunen. 88% mener de trives godt. De resterende 10 – 12 % kan da godt være blant de som opplever mindre gode skoleresultater og mobbing.

³⁷ Drømmeskolen er et helsefremmende og skoleomfattende program for ungdoms- og videregående skole som skal fremme elevenes psykiske helse og bidra til å skape et godt læringsmiljø.

11.4 Sentrale aktører

Psykisk helsearbeid for barn og unge arbeider innen skalaen fra primær- og sekundærforebygging til behandling og rehabilitering. De mest sentrale kommunale aktørene er helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnevernstjenesten, PPTjenesten og fastlegene. Kultur- idrettstilbud og andre frivillige arenaer er svært sentrale for å sikre gode oppvekstforhold. Fysak i skoler og barnehager er gode tiltak. Psykisk helsearbeidet for barn og unge er ikke alltid eksplisitt, noen ganger som en integrert del av ulike andre tiltak innen omsorg, opplæring eller veiledning. Arenaer som barnehager, skoler, skolefritidsordningen, psykisk helsearbeid for voksne og fysio – og ergoterapitjenestene er sentrale i det helhetlige arbeidet. Oppfølgingstjenesten (OT) er en fylkeskommunal tjeneste og svært viktig for elever som faller eller er i ferd med å falle ut av undervisningen ved de videregående skolene. Rundskriv Q-16/2013 tar for seg forebyggende innsats for barn og unge og har fokus på ulike tjenestenes ansvar for forebyggende innsats. Rundskrivet har et klart fokus på det flerfaglige og tverrfaglige ansvaret.

Kommunen har et ansvar for at barn og unge får gode oppvekstvilkår og for å forebygge psykiske og sosiale problemer. Etter folkehelseloven har kommunen et ansvar for å fremme befolkningens helse, herunder utjevne sosiale helseforskjeller. Barn og unges helse og trivsel er en viktig del av dette ansvaret.

Det er en stor utfordring å ha en klar ansvarsfordeling mellom virksomhetene/enhetene og skape helhetlige tjenester i den enkelte sak, særlig når behovene er store og sammensatte. Det er heller ikke lett for familiene å vite hvor de skal ta kontakt for å få den hjelpen de trenger. Fra 01.01.14 blir flere av de sentrale tjenestene samorganisert i en familie- og velferdsvirksomhet. Dette kan vise seg å være gunstig, ikke minst med tanke på økt fokus i forebyggende arbeid og tidlige intervensjon. Det vil kunne bli en viktig utfordring å integrere PPTjenesten i et nært og forpliktende samarbeid, selv om de ikke blir en del av den nye virksomheten. Samarbeidet med oppfølgingstjenesten er også viktig.

En kort oversikt over de mest sentrale tjenestene:

Legetjenesten – fastlegenes rolle

Fastlegene har en svært sentral rolle og et klart definert ansvar gitt gjennom helse- og omsorgslovgivningen. For oppgaver innen utredning og vurdering, behandling og oppfølging, vises til kap 8.2 og 8.3.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Målsetning er å forebygge sykdom og fremme god fysisk, psykisk og sosial helse hos barn og ungdom 0 – 20 år og deres foreldre/foresatte. Svangerskapsomsorgen skal forebygge sykdom og lyte og fremme helse hos det ufødte barnet og blivende foreldre. Tjenesten er et lavterskeltilbud.

Helsestasjonstilbudet når fram til alle barn i de første leveårene, uavhengig av familienes sosioøkonomiske bakgrunn. Tjenesten skal fange opp tidlige signaler på mistrivsel, utviklingsavvik og atferdsproblemer og bidra til at tiltak iverksettes tidlig. Tjenesten har mao en stor kontaktflate mot barn og familier, og følger opp en rekke situasjoner der barnet selv eller familiesituasjonen gir grunn til bekymring. De gir råd og veiledning i alt som har med barn å gjøre og tar sikte på å oppdage funksjonshemninger så tidlig som mulig.

Sel kommunes helsestasjon er evaluert og godkjent av Nasjonalt kompetansesenter for amming, som ***Ammekyndig helsestasjon***.

Åpen helsestasjon er et lavterskeltilbud til spe- og småbarnsforeldre som har spørsmål om barnets helse, trivsel og utvikling. Det er åpent 2 timer, en dag i uka.

Skolehelsetjenesten har vektlagt tilgjengelighet til helsesøster på barne- og ungdomsskoler og videregående skole. Alle skolene har nå en fast dag som helsesøster er til stede. Tilknytning til skolene gjør at tjenesten har en helt spesiell mulighet til å være til stede og drive forebyggende arbeid på barn og unges arena.

Ansvar for ***psykisk helsetjeneste for barn- og unge*** ble fra slutten av 2011 overført fra psykisk helsetjeneste (nå kun for voksne) til helsestasjons-/jordmorvirksomheten. Denne miljøterapeutressursen ble i sin tid opprettet for å styrke tilbudet til barn av psykisk syke foreldre. I den anledning er det også viktig å ha fokus på barn som pårørende.

Tjenesten deltar også i de lokale teamene i barnehagene og på skolene. Helsestasjonstjenesten har også helsesøster som tjenestegjør ved asylmottaket i kommunen.

Jordmortjenesten

Tjenesten er sentral i arbeidet mot det ufødte barnets liv og nyfødte og arbeider tett sammen med helsestasjonen og legetjenesten.

Helsestasjon for ungdom

Dette tilbudet er åpent 1 ½ time, en dag i uka. Tjenesten er betjent av helsesøster, lege og vet jordmor. Ungdommen kan komme uten avtale, alene eller sammen med andre for og få råd og veiledning knyttet til alminnelig spørsmål om prevensjon og seksualitet, problemer i familie og skole, men også i forhold til mer alvorlige tema som for eksempel rus, spiseforstyrrelser, konflikter hjemme og selvmordstanker. Det legges vekt på at tjenesten skal være et gratis lavterskeltilbud med god tilgjengelighet. Alvorlige problemer søkes raskt henvist videre. Forskning viser at psykiske problemer fortsatt er en del tabubelagt i tenårene, men at kontakt med helsesøster oppleves som alminnelig og ”ufarlig” for disse elevene.

Barneverntjenesten

Den kommunale barnevernstjenesten har et ansvar for å avdekke omsorgssvikt, atferdsproblemer, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig som mulig. Tiltak skal settes inn for å unngå varige problemer. Tjenesten treffer mange av de mest risikoutsatte barna og samarbeider ofte med psykisk helsearbeid for barn og unge. I vår kommune vil det si Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, inkl jordmortjenesten. I en del tunge saker kan det være uklart hvor grensen går for barnevernets ansvar og når det skal søkes tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Tjenestene må likevel organiseres slik at uklarhet ikke rammer barn og familie.

Sel kommune har felles barnevernstjeneste med Vågå kommune. I vår kommune har det i perioden 2001 – 11 vært en stor økning av undersøkelsessaker og barn på tiltak. Kan ha flere årsaker som flere familier med behov for bistand, lavere terskel for kontakt eller melding og at barnevernet fanger opp flere. Kan og skyldes konsekvensen av interkommunalt samarbeid der avstandene blir større noe som kan ufarliggjøre kontakt med barnevernet. Sel topper statistikken i regionen noe som kanskje bør underlegges spesiell vurdering. Dette kan ha både positive og negative årsaker.

Risikofaktorer er her foreldrenes psykiske sykdom, rusmisbruk, vold i hjemmet, foreldre som langtidsledige / trygdemottakere, fattigdom mv. Tidlig identifisering og iverksetting av tiltak øker sannsynligheten for at barna klarer seg bra. Jfr kap. 3.2 og 3.3 om utviklingstrekk.

PPTjenesten

Den pedagogisk-psykologiske tjenesten (PPTjenesten) skal hjelpe skolen og barnehagene i arbeidet med kompetanse- og organisasjonsutvikling for å legge opplæringen bedre til rette for elever med særlige behov. Den skal utarbeide sakkyndig vurdering der loven krever det. PPTjenesten har dermed både systemrettede og individrettede oppgaver i skolen.

PPTjenesten er interkommunal og dekker hele regionen. De møter de fleste barna som trenger hjelp på grunn av psykiske problemer, etter henvisning fra skoler og barnehager. For brukerne er det viktig at hjelpen blir helhetlig. Dette gjør PPTjenesten til en av grunnpillarene i det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Det er viktig at andre tjenester støtter opp om dette for å sikre en best mulig tverrfaglig tjeneste. Det betyr at det også er viktig at denne tjenesten tar ansvar for å skrive og koordinere Individuelle Planer der det er naturlig. Det foreslås i NOU 2009:22, om "Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge" at plikten til å tilby IP, og å være koordinator, også skal lovhjemles i opplæringsloven slik at både skoler, barnehager og PPT i fremtiden vil få slike oppgaver.

Barnehagene

Barnehagene skal ha en helsefremmende og forebyggende funksjon og bidra til å utjevne sosiale forskjeller i følge barnehageloven. Barnehagene kan også kompensere for belastninger som barn opplever på andre områder.

Skolene

Skolene skal sørge for at elever og lærlinger utvikler kunnskap, kompetanse og holdninger for å kunne mestre livet og delta i arbeid og fellesskap i samfunnet ifølge opplæringsloven.

Elevene skal ha et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring. Skolen er også en arena for utfoldelse, vennskap, sosialisering og følelse av tilhørighet. Ved skolene gjennomføres hvert år «helseviku» som er en sentral del av skolehelsetjenesten. Dette blir koordinert av skolene. Temaer kan være psykisk helse, mat og helse, rus, seksualitet, fysisk aktivitet mv. På 5.te års trinn benyttes helsesirkel som er en veiledningsmetode slik at elever på dette års trinnet skal lære å ta egne valg for god helse. Helsestasjonen har fått midler gjennom helsedirektoratet for å utvikle dette.

Oppfølgingstjenesten (OT)

Dette er en fylkeskommunal tjeneste knyttet til de videregående skolene. Den har, i følge opplæringsloven, ansvar for å følge opp og gi tilbud til ungdom som har rett til opplæring, men som ikke er i opplæring eller arbeid. For vår region består den av repr. for Nord Gudbrandsdal videregående skole (leder/koordinator for tjenesten), repr fra NAV og en repr fra hver av kommunene i regionen. Det har vært små svingninger i frafall fra videregående skole for elever fra Sel de siste årene. Frafallet siste år er på 2.3 % - de fleste fra yrkesfag – det utgjør 10 ungdommer fra regionen. Fra OT sies det at de har god kontroll på de fleste fra Sel. Årsakene til at de blir meldt til OT er flere. Noen velger å jobbe, andre bruker lengre tid og noen faller ut. Antallet der man faller helt ut er lite så det oppgis ikke her av hensyn til personvernet. Noen få får man ikke tak i, mens andre er under utredning. Det arbeides systematisk og OT er tett på både elever og foreldre. Fravær blir fulgt opp da dette kan være en varsko mtp å falle ut av skolen. Det rapporteres at OT er flinke til å finne løsninger som gjør at de fleste elevene kommer igjennom skolen.

NAV

NAV har ansvar for å bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Tidlig innsats er her vesentlig for å forebygge sosiale problemer.

11.5 Verktøy og programmer brukt/ under vurdering i Sel kommune

Det er gitt veiledning fra staten om hvilke metoder de kommunale tjenestene bør satse på. Noen av disse har egne opplæringsprogrammer. Mange kommunalt ansatte har tatt videreutdanning og lært nye verktøyer, og gjennom de siste årene er det implementert flere nye metoder i ulike deler av de kommunale tjenestene for barn og unge.

EPDS (The Edinburgh Postnatal Depression Scale)

Dette er et selvrapporteringsskjema som ble utviklet på siste halvdel av 1980-tallet i England og er en screeningsmetode for å avdekke depresjon blant mødre i svangerskap og barseltiden (de første 12 månedene etter en fødsel). Den norske oversettelsen ble formelt godkjent i 2012.

Dette benyttes i Sel kommune av jordmor og helsesøstre.

Circle of Security (COS)

Dette er en metode for å fremme god tilknytning og samspill mellom foreldre og barn og dermed forebygge utvikling av plager for barna.

Ansatte ved helsestasjonen, barnevernet og BUP har høsten 2013 gjennomgått en kursrekke for å bli kvalifisert til å benytte metode. Denne metoden skal benyttes av kvalifisert personale. Et mål er at ansatte innen psykisk helsearbeid for voksne også gjennomgår kursrekka. Det vi kunne sikre mer helhetlige opplegg rundt barn og deres foreldre.

TIBIR (Tidlig Innsats for Barn I Risiko).

Sel kommune planlegger implementering av TIBIR. Programmet har 6 moduler som gir en helhetlig og sammenhengende tiltakskjede og er særlig designet for kommunale tjenester. Det er et forskningsbasert forebyggings- og behandlingsprogram for barn i alderen 3-12 år som er i ferd med eller allerede har utviklet atferdsproblem og deres foreldre

Ansatte i de kommunale hjelpe- og støttetjenestene for barn og familier (for eksempel helsestasjoner, barnehager, skoler, pedagogisk-psykologisk tjeneste og barneverntjenesten) samt sentrale tjenesteledere er målgruppe for opplæring og informasjon.

Målsettingen er å forebygge og avhjelpe atferdsproblemer på et tidlig tidspunkt samt bidra til å utvikle barns positive og prososiale atferd. Videre å gi ansatte og ledere som arbeider og har ansvar for barn en felles forståelse av hvordan atferdsproblemer oppstår og kan avhjelpes.

TIBIR skal være en helhetlig tiltakskjede der intervensjonene er i overensstemmelse med målgruppens behov og forutsetninger.

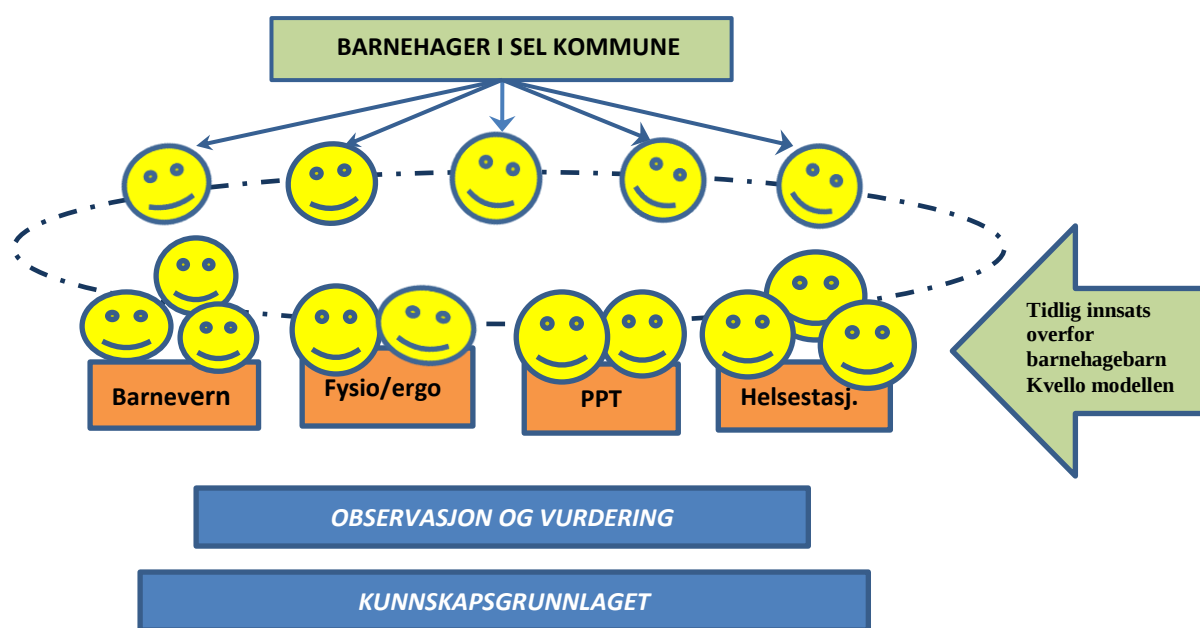
Implementeringen i Sel kommune er planlagt å være ferdig i 2017 og omfatter flere kommunale virksomheter, men i første omgang barnehagene, helsestasjonen og barnevernet..

Kvello-modellen

Tidlig intervensjon, Kvello-modellen er i utgangspunktet en modell for tverrfaglig tidlig innsats overfor barn i barnehage. I denne tverrfaglige modellen deltar i tillegg til barnehagene ulike andre sentrale bidragsytere som barnevern, helsestasjon, fysio-og ergoterapitjen og

PPTjenesten. Modellen har som formål å styrke og kvalitetssikre barnehagetilbudet for å kunne iverksette tiltak på et så tidlig tidspunkt som mulig. Metoden understøtter barns rett til et tilpasset tilbud i barnehage, sikrer at det barn har rett til og behov for blir møtte og ivarettatt, samt kvalitetssikring av barnehagetilbudet som system. Metodens fokus er blant annet på samarbeid mellom aktører i det kommunale hjelpeapparatet.

I Sel kommune vurderes modellen tatt i bruk høsten 2014. Det skal avklares administrativt hvem som skal delta både på opplæring og gjennomføring. Barnevernet har gjennomført opplæring, men skal være med igjen da dette skal gjennomføres tverrfaglig. Sel kommune mottok i slutten av nov - 13 et tilsagn fra Oppland fylkeskommune på kr 300 000 for folkehelseprosjektet tidlige intervensjon i barnehagene etter Kvellomodellen.



Modellen er utviklet av førsteamanuensis Øyvind Kvello ved Psykologisk institutt, NTNU, Trondheim.

MST – Multisystemisk Terapi

Multisystemisk terapi (MST) er et behandlingstilbud for familier med ungdom i alderen 12 – 18 år med alvorlige atferdsvansker. For mange ungdommer kan MST være et alternativ til plassering utenfor hjemmet. Ungdom og foreldre som ønsker tilbud om MST behandling kan kontakte det kommunale barnevernet for henvisning videre til nærmeste regionale fagteam i Bufetat. Alle MST-terapeuter får grundig opplæring og deltar i ukentlig veiledning. Opplæring av MST- terapeuter og kvalitetssikring av arbeidet utføres av Atferdssenteret ved Universitetet i Oslo. Barnevernet i Sel kommune benytter denne metoden

In my shoes

Dette er et dataprogram til hjelp i samtaler med barn og psykisk utviklingshemmede. Programmet har som mål og hjelpe barn til å formidle sine historier, relasjoner og samspill. Forskning viser at In My Shoes kan bli brukt i samtaler med barn som har problem, har vanskelig for å uttrykke følelser, er sene i utviklingen, kan ha blitt utsatt for overgrep og er vanskelig å integrere.

I Sel kommune benyttes dette programmet i liten grad, men det finnes kompetanse til å bruke det ved helsestasjonen, barnevernstjenesten og PPTjenesten. Familievernkontoret på Otta benytter programmet.

11.6 Barn i risiko

En økning i etterspørsel etter kommunens tjenester

Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene er et ungt fagfelt sammenliknet med tilbudet til voksne. Det har alltid vært et generelt fokus, men etter opptrappingsplanen er fokuset mer eksplisitt. I rapport fra folkehelseinstituttet³⁸ vises det til at det fra andre vestlige land er rapportert at gruppen barn og unge med komplekse psykiske lidelser som det er vanskelig å behandle, er større i dag enn den var for 20 år siden. Lidelsene synes også å ramme barn og unge i stadig yngre alder. Å bygge opp en god kommunal tjeneste er en utfordring. Flere barn har en så alvorlig sammensatt problematikk at det er en stor utfordring å vite hvilke tiltak man skal sette inn ovenfor barna og foreldrene. En stor andel av psykiske lidelser har debut i ungdomsalderen. Tilgjengelighet til helsesøstre og fastleger er avgjørende i den alderen, og helsestasjonen er gjerne den tjenesten som kan vær minst ”farlig” å snakke med. Samarbeid med barnehagene og skolene er langt på vei avgjørende.

Det er viktig å ha fokus på:

- Barn av foreldre med psykiske lidelser
- Barn med rusmisbruk i familien
- Barn som opplever vold og seksuelle overgrep i familien
- Barn og unge med innvandrerbakgrunn
- Barn som er sosialt isolert eller blir mobbet
- Barn med særlig biologisk risiko
- Barn som opplever samlivsbrudd

Stortinget vedtok 19. juni 2009 endringer i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten for å sikre at helsepersonell skal identifisere og ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehov mindreårige barn som pårørende har. Endringene trådte i kraft 1. januar 2010.

Folkehelseinstituttet har utgitt en rapport om Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk – omfang og konsekvenser. (Rapport 2011:4) Rapporten er nyttig lesning for innblikk i risikofaktorer, omfanget mv. Sosial – og helsedirektoratet og barne- og familiedepartementet utga i 2003 Seksuelle overgrep mot barn - En veileder for hjelpeapparatet. Veilederen er fortsatt aktuell.

11.7 Spesielle tilbud rettet mot barn- og unge

Høgt og lågt i Sel!

Dett er et ukentlig fysioterapiveiledet, tilpasset aktivitetstilbud. Det arrangeres av fysioterapitjenesten i samarbeid med helsestasjonen. Målgruppe er barn i 4- 8. klasse. Målet er å gi tilbud til barn som trenger å være mer fysisk aktiv og trenger en god og trygg opplevelse med fysisk aktivitet. Det er et krav om at barna har med seg en forelder og at disse deltar i aktivitetene sammen med barnet sitt.

³⁸ Folkehelseinstituttets rapport 2009:8 Psykiske lidelser i Norge – et folkehelseperspektiv

Alle med i Sel

Dette er et prosjekt som omfatter barn og unge i alderen 0 – 18 år. Mandatet til prosjektet: «*Bidra til at alle barn og unge skal ha økonomiske muligheter til å delta i ønskede aktiviteter (fritidsaktiviteter og kulturopplevelser), utjevne sosiale forskjeller og nettverksbygging*». Deltakere er NAV, helsestasjonen, kulturkontoret, kommunalsjef helse og sosial, barnevern og pedagogisk rådgiver. Prosjektleder: NAV. Gjennom prosjektet ønskes et fokus på barn og unges behov for en god oppvekst, helhetlige og samordnede tiltak for familier som deltar i prosjektet og et nært samarbeid med familiene.

Opplevelseskortet i Sel er ett av tiltakene i prosjektet. Det er et rabattkort for barn og ungdom (2- 20år) og gjelder ett år fra kjøpsdato. Opplevelseskortet selges på Sel rådhus og det er mulig å søke om gratis kort gjennom NAV Sel.

Æ e aktiv æ du?

“E æ aktiv Æ DU” er e prosjekt som har som mål å få etablert et varig aktivitetstilbud for barn i Nord-Gudbrandsdalen som faller utenfor annen organisert aktivitet. I tillegg til å være et aktivitetstilbud er det et ønske om at dette kan bli en møteplass for pårørende og søsken. Målet er at alle får en positiv opplevelse i et fellesskap. Prosjektet har egen prosjektgruppe. I den sitter foreldre til barn med spesielle behov, helsesøstre, folkehelsekoordinatorer og kommunefysioterapeuter. Det skal være aktivitetsdager både ute og inne og rundt om i alle kommunene i regionen. Egenandel for å delta, inkludert servering, er kr 200 pr aktivitetsdag/pr familie. Med tiltaket ønsker regionrådet å sette fokus på at alle barn i regionen skal ha et aktivitetstilbud. Idrettslagene er invitert til å bli med.

En god start – med barnet i vente

Dette er et lavterskeltilbud til nybakte foreldre med fokus på samspill og tilknytning. Skal ta utgangspunkt i og nyere spe- og småbarnsforskning for å styrke foreldrerollen. Det er et samarbeid mellom helsestasjonen, barnevern, fysio- og ergoterapitjenestene og psykisk helse for voksne, Helsestasjonen har fått midler av helsedirektoratet til å oppretta gruppa.

For tiltak og forslag til tiltak ut over det som står her, vises til Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Sel kommune av 2013.

Utfordringer	Målsettinger
• Organisering av tjenestene bidrar ofte i liten grad til ansvarsavklaring, sammenheng og helhet i tilbud og tjenester. Det blir en utfordring å få dette til bedre gjennom den nye virksomheten Familie og velferd som tar til 01.01.14. • Ikke alle enheter tar oppgaven med å koordinere IP for sine brukere. • Å få implementert nye virkemidler	• En klar og ryddig organisasjon der hjelpetrengende barn og unge sin situasjon vurderes ett sted med tanke på et koordinert og helhetlig hjelpetilbud. • Tilgang til et likeverdig hjelpetilbud for alle. • Alle kommunale enheter som bidrar til å gi tjenester, skal ha plikt til å delta i tverrfaglig samarbeid og til å kunne koordinere IP der det er hensiktsmessig, eller der bruker ønsker det.

11.8 Samarbeidsorganer -modeller lokalt

Samarbeidsfora

I kommunens helsearbeid for barn og unge; her: helsestasjonsvirksomheten, har pr dato følgende samarbeidsfora³⁹

Fora	Hyppighet	Deltakere	Møteled.	Mandat
Internmøte helsestasjon - fysioterapi	2g/året	Helsestasjon og fysioterapi		Oppfølging fysisk aktivitet barn. Erfaringsutveksling
Møte helsestasjon - psykisk helsearbeid for voksne	En g /mnd	Ansatte ved psykisk helse for voksne og barn v/ helsestasjonen	Repr for psykisk helse for barn	Generelt samarbeid og bruk av hverandre i arbeidet med barn/ familier. Informasjon, erfaringsutveksling og kompetanseheving.
Overordnet lokalteam barnehager	2g/året	Pedagogisk rådgiver, styrere alle barneh., helsesøster, PP-tjenesten, barnevernstjen., psyk. helsearb.for voksne.	Ped. rådgiver.	Utvikle et godt og effektivt samarbeid og drøfte generelle problemstillinger.
Lokalteam barneh. (9 barneh. pr des-13)	Minimum 2 g/ året i hver av barneh.	Faste deltakere: helsestasjon, barnehagene, PP-tjen. og barnevernet. Andre innkalles ved behov.	Styrer ved barneh.	Mer konkrete elevsaker enn det overordna teamet har mandat til
Lokalteam ved skolene (4 skoler) (Fungerer pr dato kun ved 2 av skolene)	minst 2 g/året ved hver av skolene	Faste deltakere: Helsestasjon, skolene PP-tjenesten og barnevernet. Andre innkalles ved behov.	Rektor ved skolen	Konkrete elevsaker
Møte helsestasjon - barnevern	1-2 g/året.			Ta opp utfordringer og problemstillinger, erfarings- og kompetanseutveksling.
Alle med i Sel		Et prosjekt i samarbeid med NAV. Egen styringsgruppe	NAV	Bidra til at alle barn og unge skal ha økonomiske muligheter til å delta i ønskede aktiviteter, utjevne sosiale forskjeller, nettverksbygging.
Samarbeid med BUP	4g/året	Helsestasjons- og skolehelsetjenesten og BUP	Koord.: Helsestasj. Møteled.: BUP	Samarbeidsdager mellom BUP og kommunen der BUP stiller seg til disposisjon for rådgivning og veiledning, samhandling for enhetlig pasientforløp. Deltakere varierer fra sak til sak, men alltid en fra lokalt hjelpeapparat i tillegg til forelder, lærere og barnehagepersonell
Norrdals-møtet	2 g /halvår	Alle helsesøstre og jordmødre i regionen		Erfaringsutveksling og kompetanseheving

³⁹ Kilde: Internkontroll helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Sel kommune

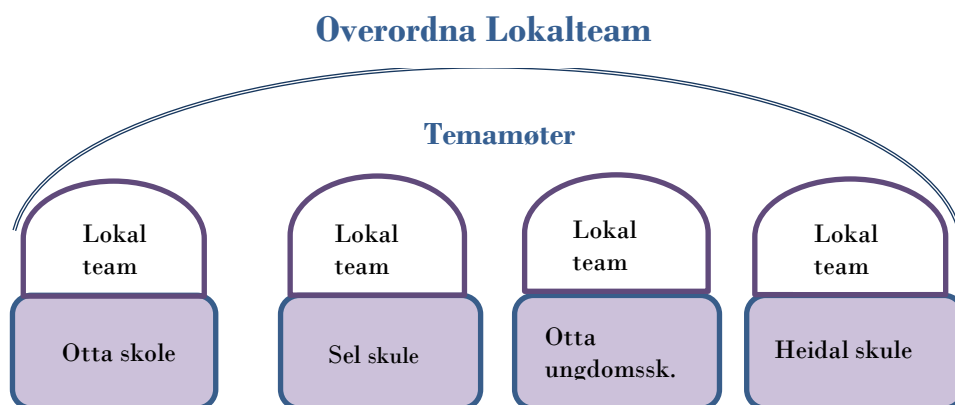
Samarbeidsmodell

Det har over en tid vært satt i gang arbeid for å videreutvikle den tradisjonelle samarbeidsstrukturen rundt barn og unge i Sel med utgangspunkt i lokalteam og overordna lokalteam. Dette er et system som fungerer i barnehagene, men bare delvis i skolene. Flere fagfolk innen hjelpeapparatet har hatt et ønske om å få på plass en form for fagteam som drøftingsarena ved bekymring for barn og unge. En ser behovet for å samordne de ulike tjenestene for å gi gode råd og god veiledning til foreldre i vanskelige saker. Med god tverrfaglig samarbeidsstruktur som binder hjelpeapparat og barnehager/skoler sammen, bidrar en til tidlig intervensjon og tidlig hjelp.

Systemet med lokalteam og overordna lokalteam vil for barnehagenes del bli overtatt av Kvellomodellen når den vedtas innført i kommunen. (Jfr kap 11.5 om Kvellomodellen). Erfaring vil vise om den helt ut erstatter systemet med lokalteam.

For skolene er det et ønske om å få gjennomført tilsvarende samarbeidsmodell som den vi i dag har ved barnehagene. Denne modellen er det forsøkt å eksemplifisere nedenfor. På kommunenivå er det denne modellen som i dag brukes for barnehagene. Det er ønskelig at skolene tar i bruk denne modellen. Det er lokalteam kun ved to skoler i dag og ikke noe overordna team.

Faste deltakere fra kommunen er skolene, helsestasjonen, barnevern og PPTjenesten. Andre innkalles ved behov. Lokalteamene ledes av rektorene ved skolene og det foreslås at overordna lokalteam ledes av pedagogisk rådgiver.



12 Psykisk helsearbeid for voksne

12.1 Innledning

Tjenestetilbudet til mennesker med psykiske plager har gjennomgått store endringer. Staten har utarbeidet og publisert flere veiledere og utredningsserier. Veileder Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene, er et viktig dokument for utvikling av tjenestetilbudet for voksne.⁴⁰

Alt tilbud bør være en målrettet, faglig fundert og en samordnet innsats. Bør fortrinnsvis gi et tilbud i brukerens nærmiljø i tråd med LEON-prinsippet⁴¹ og/eller BEON prinsippet.⁴²

Enkelte innen målgruppa har omfattende og sammensatte behov gjennom store deler av livet, mens andre trenger spesifikk hjelp i en kort periode for å takle et akutt problem. For noen omfatter vanskene hele familien, som foreldre, barn og til en viss grad besteforeldre mv. Slike saker aktiviserer et stort behandlingsapparat både på kommunalt nivå og ofte på spesialisthelsetjenestenivå. De utløser behov fra tjenestene både for barn/ unge og voksne.

Ut fra at brukergruppen er så sammensatt og behovene så ulike, kan ikke en plan gi en helt utfyllende oversikt over alle tiltak, samhandlingsmønstre og evt samarbeidsforhold. Noen personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusproblem kan ha tilsynsbehov kveld/natt/helg. Behovet for tilsyn blir ivaretatt av kommunens pleie og omsorgstjeneste (hjemmehjelp og hjemmesykepleien). Under kapittel 5 om organisering er det noen vurderinger om dette dekker behovet eller om det er behov for å endre noe på arbeidsmodellene.

Arbeidsoppgaver og metoder i arbeidet skal ivaretas i egne prosedyrer, og vil i hovedsak dreie seg om veiledning og støttesamtaler, hjelp til strukturering og boveiledning, omsorg, formidle kontakt, koordinering, medisintutlevering/injeksjoner. Planen vil ikke omfatte disse prosedyrene da de skal finnes i kommunens kvalitetssystem, Kvalitetslosen.

12.2 Mål og målgrupper

Målsettingen med psykisk helsearbeid for voksne er at den *skal hjelpe folk å mestre eget liv! Overordnet fokus er brukermedvirkning.*

Målgrupper:

- Voksne over 18 år, hvor personen har psykisk plager, lidelser og / eller rusproblem.
- Foreldre / foresatte til barn som sliter pga barnas plager
- Personer som ikke har en definert psykisk vanske eller lidelse som primærlidelse, men som av ulike grunner opplever en livskrise. Eksempler på dette kan være ved akutt sykdom, kronisk lidelse, tap av familiemedlem/venner, traumer osv.

Psykisk helsearbeid gis ikke primært til personer med aldersdemens eller psykisk utviklingshemming. Personer med disse funksjonshemningene ivaretas av eget kvalifisert

⁴⁰ For mer info vises til Veileder IS – 1332 Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene.

⁴¹ LEON-prinsippet = Laveste Effektive Omsorgs Nivå

⁴² BEON-prinsippet= Best Effektive Omsorgs Nivå.

helsepersonell. Der det imidlertid er behov for mer spesialisert kompetanse eller tverrfaglig tilbud bør det vurderes om psykisk helsearbeid skal inn.

Kommunen gir også ytelser til personer som er underlagt tvangsbehandling innen psykisk helsevern § 13. Dette er i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Flyktninger/asylsøkere med behov for oppfølging, har samme rettigheter til tjenesten som innbyggerne for øvrig. Derfor vil det også for den flerkulturelle delen av befolkningen være et overordnet siktemål å søke å redusere den samlede psykiske sykkeligheten.

12.3 Behandling – oppfølging

Behandlingsfilosofien for psykisk helsearbeid i Sel kommune er hovedsakelig å bruke eksistensiell tilnærming. Det innebærer at man aktivt og empatisk forsøker å møte vedkommende hvor han/hun befinner seg i den aktuelle livssituasjon. Det er fokus på individualitet, relasjoner og omgivelser. Vurdering og behandling skjer i samråd med personens fastlege og legens oppfølging inngår som en integrert del av et helhetlig tilbud hvis brukeren har behov for flere tjenester.

Da ulike metoder hjelper ved forskjellige lidelser, er det nødvendig å bruke flere tilnærmingmodeller. Behandlingen/oppfølgingen skjer ved individuelle samtaler, medikamentell behandling, spesifikk symptomrettet behandling, fysisk aktivitet og miljøterapi. Er det hensiktsmessig og det er nok ressurser og kompetanse, bør det tilbys gruppeterapi.

Mennesker med alvorlige og langvarige psykiske lidelser har ofte behov for en rekke sammensatte tiltak og tjenester og som brukeren har plager med å koordinere selv. Det er da oppgaven for brukers personlige koordinator å sikre et helhetlig og sammenhengende tilbud. (Jfr kap7.3 om personlig koordinator)

Metoder – arbeidsformer:

Innen psykisk helsearbeid for voksne brukes flere metoder og arbeidsformer.

- 1. gangs kartlegging ved søknad om tjeneste. Iploskartlegging
- Kartleggingsmetodene MADRS og SPIFA, og kartlegging ved mistanke om angst og depresjon.
- Kognitive teknikker for å endre tenkemåter og fokus.
- Individuell plan for å sikre målretta arbeid og et koordinert tilbud.
- Bruk av ansvarsgruppemøter oa for å kunne samordne tjenesten bedre.
- Nettverksarbeid
- Tverrfaglig samarbeid for at tjenesteytere skal gå i samme retning for brukerens beste..
- Støttesamtaler
- Boveiledning: Hjelp i hjemmet til å finne gode systemer, hjelp til å ordne opp i forhold til praktiske gjøremål, når dette har betydning for helsa. Arbeide fram gode rutiner.
- Fysisk aktivitet: For å fremme fysisk og psykisk helse. Behandling mot depresjon. Økt selvfølelse og følelse av mestring.

Det er viktig at tjenesten setter seg inn i ROP retningslinjene som er utarbeidet av Helsedirektoratet i 2012. og har et aktivt forhold til de 10 anbefalingene som ligger i retningslinjene. (Jfr kap 9 om samhandling)

I kap 6 om kompetanse er vi inne på konsekvensen av ulik behandling og ulik kompetanse. Vi kjenner for lite til hvilken konsekvens dette har for pasientene da vi har lite empirisk kunnskap om dette og vi vet lite om hvilken sammenheng det er mellom behandlernes kompetanse og resultater fra behandling. Vi begynner imidlertid å ha en del kunnskap om at kognitive teknikker virker på enkelte diagnosegrupper, det samme med fysisk aktivitet. Det er også flere studier som viser at sykdom og dødelighet blant befolkningen påvirkes av sosiale forhold. Gode sosiale møteplasser vil derfor kunne bidra til å bedre den psykiske helse.

Tidlig intervensjon⁴³

Det er viktig å drive forebyggende virksomhet eller tidlig intervensjon på rusområdet. Det er vanskelig å definere hvor grensene går mellom høyt forbruk og risikofyllt forbruk og der er gjerne glidende overganger og store individuelle forskjeller. Alle som utvikler misbruk eller avhengighet til alkohol eller andre rusmidler, vil først passere en periode med risikofyllt forbruk.¹ I mange tilfeller er det fastlegen som lettest kan sette inn tiltak. Det er et mål at kommunen skal ha et aktivt forhold til tidlig intervensjon hos voksne – både som tjenesteyter (forebygging) og som arbeidsgiver (AKAN)



Rusmiddelbrukspyramiden.

Kilde: Helge de Presno

Rusprosjekt

I Sel kommune er det gjennomført 3 prosjekt for målgruppa med rusproblem i 2009 – juni 2013. Midler til prosjektene kom fra opptrappingsplan for rusfeltet. De var rettet mot boligsosialt arbeid og å heve kvaliteten på tverrfaglig arbeid og oppfølgingstjenester i bolig, samt prøve ut lavterskeltilbud for å styrke tilgjengeligheten og oppfølging av voksne rusmisbrukere. Da disse prosjektene ikke oppnådde ønsket mål ble det ikke vurdert som nødvendig med øking, evt øremerking av kommunale stillinger for å videreføre prosjektene. Det er imidlertid engasjert en ruskonsulent for regionen som er sikret en 3 årig finansieringsplan fra 01.06.13.

⇒ *Det ligger noen prosedyrer i Kvalitetslosen.*

Tjenester for personer med Rusproblem, flere prosedyrer (må omarbeides)

Saksbehandling Rus – flere prosedyrer (Må omarbeides)

12.4 Viktige fokusgrupper

Erfaring viser at det er viktig å ha spesiell fokus på:⁴⁴

- Foreldre til barn med psykisk plager
- Barn av foreldre med psykiske plager
- Flyktninger - asylsøkere – fremmedkulturelle
- Personer med rusproblem og samtidig rusproblem og psykisk lidelse
- Personer som har gjort/ eller er i fare for å gjøre selvmordsforsøk
- Vold og traumatisk stress

⁴³ Kilde: Hjemmesider KoRus / Helsedirektoratet. www.tidligintervensjon.no www.snakkomrus.no

⁴⁴ Kilde for deler av kapitlet: Veileder IS 1512 Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester

Utfordringer innen behandling - oppfølging	Målsetninger
• Løpende kritiske vurderinger over hvilke tiltak/metoder som er mest rasjonelle og hensiktsmessige • Støttesamtaler tar forholdsmessig mye tid. Bør disse integreres i større grad i andre aktiviteter? • Bruk av tverrfaglig kompetanse • Små fagmiljø – bør det tilstrebes mer interkommunalt samarbeid? • Å ha god kompetanse både i forhold til psykiske plager/lidelser og rusrelaterte lidelser. • Fleksibilitet i tjenesten for å fange opp og arbeide mest mulig målrettet i forhold til den enkelte. • Flyktninger og innvandrere trenger særlig at tjenestene tar ansvar for å samarbeide, og søke nødvendig kunnskap. • Kommunens rolle innen forebygging / tidligintervensjon i forhold til risikogrupper (Rus)	• Målretta og effektiv behandling • Erstatte/supplere behandling med selvhjelpsstrategier • Øke gjennomstrømmingen av brukere av psykisk helsearbeid for voksne • Flyktninger og innvandrere skal møte trygge og kompetente ansatte som tar ansvar for helhet og samarbeid. • Kommunen skal ha et aktivt forhold til tidlig intervensjon hos voksne – både som tjenesteyter (forebygging) og som arbeidsgiver (AKAN)

⇒ *Det er vedtatt prosedyre om uventet dødsfall / selvmord i hjemmet.* Denne ligger på Kvalitetslosen

12.5 Aktiviteter på livsområdet helse

I samtalene og aktivitetene forøvrig vektlegges det å finne mestringsstrategier og utviklingsmuligheter på de fem livsområdene tjenesten arbeider med: helse, hjem/dagligliv, aktivitet/arbeidstrening/arbeid/utdanning, sosial fungering og økonomi.

Samtaler – medikamenthåndtering – gruppeterapi:

Det brukes ulike metoder. All konsultasjon starter med en kartlegging og vurderingssamtale. Ut fra dette blir behandlingsløpet lagt. Støttesamtaler gis som individuelle samtaler eller integrert i andre aktiviteter. Behandlingstiden skal være individuelt tilpasset med tidsavgrensede vedtak. Disse skal evalueres fortløpende gjennom et samarbeid mellom tjenestemottaker, psykisk helsearbeider og evt lege.

Flere har skolert seg på kognitive teknikker og som benyttes for å endre tenkemåter og fokus.

Medikamenthåndtering for brukere som selv ikke er i stand til å ivareta dette selv har vært økende over en del år, men ser nå ut til å flate ut noe. Flere vil også komme til å gå over til å bruke multidose⁴⁵.

Gruppeaktiviteter benyttes i liten grad. Der det er hensiktsmessig, og det er nok ressurser og kompetanse, bør det tilbys gruppeterapi. En viktig bieffekt av dette er også å skape sosiale relasjoner som i seg selv virker helsefremmende.

Frisklivstilbud i regi av frisklivssentralen og/ eller psykisk helse:

Frisklivssentralen hjelper og støtter personer som ønsker å endre levevaner knyttet til fysisk aktivitet, kosthold eller tobakk, gjennom individuelle samtaler, egentreningssopplegg og

⁴⁵ Multidose utføres av apotekene og erstatter manuell legging av dosetter og er et kvalitetsforbedringstiltak for å oppnå riktigere legemiddelhåndtering.

gruppebaserte tilbud. Man trenger ikke å ha en diagnose eller være syk for å delta på dette tilbudet.

Det er et mål at arbeid med fokusområdet kosthold blir gjennomført i regi av psykiske helsearbeid evt med veiledning fra frisklivssentralen. Det finnes egne kurs for kostholdsveiledning – «Bra Mat». Ansatte innen psykisk helsearbeid må skolerers på dette området og det må være et mål at dette gjenspeiler tilbudet om matlaging mv som blir gitt ved Hjerterom. (Se 12.8 om Hjerterom)

Fysisk aktivitet:

Helsedirektoratet har utarbeidet et tipshefte om fysisk aktivitet og psykisk helse.⁴⁶ Det er dokumentert at fysisk aktivitet har positive effekter på vår psykiske helse og at regelmessig fysisk aktivitet er virksomt som både forebyggings- og behandlingsstrategi. Fysisk aktivitet bedrer den fysiske formen, bedrer humøret, gir energi, reduserer stress og bedrer forholdet til egen kropp og dermed gjør personen mer rustet til å mestre hverdagens krav og utfordringer. Aktiviteter sammen med andre er en positiv arena for sosialt fellesskap og vil kunne styrke den enkeltes muligheter til å delta på andre arenaer. Mange opplever å få styrket selvbilde.

Effekten av fysisk aktivitet som behandlingsmetode er vitenskapelig godt dokumentert ved milde til moderate former for depresjon. Tipsheftet lister opp noen suksessfaktorer for å integrere fysisk aktivitet i behandlingen:

- fysisk aktivitet vurderes på linje med annen behandling
- viktigheten av fysisk aktivitet og informasjon om ulike tilbud når frem til brukerne
- fysisk aktivitet på timeplanen og inngår i brukernes individuelle plan/ behandlingsplan
- tilbudet forankres i ledelsen der man tilbyr organiserte aktiviteter
- personell med faglig kompetanse er ansvarlig ved organiserte aktiviteter
- nødvendig utstyr er lett tilgjengelig

I Sel kommune tilbys følgende aktiviteter:

1) Fysisk aktivitet / turgåing/friluftsgruppe.

I regi av Hjerterom er det en gruppe en dag / uka som har fysisk aktivitet som middel. Fysioterapitjenesten/ frisklivssentralen kan veilede ved behov. Hvordan selve gruppeaktiviteten skal foregå kan tas opp på husmøter på Hjerterom. Det er et ønske om å tilby en gruppe med mer friluftspregede aktiviteter, men ressursene strekker ikke til pr dato.

Det anbefales at strukturen er relativt stram, at brukers personlige koordinator tar ansvar for nødvendig motivasjonsarbeid, bruker forplikter seg til å delta og å varsle om han / hun ikke kommer og må oppgi grunn. Om bruker faller ut, må motivasjonsarbeidet økes igjen og det settes opp mål for hver enkelt som skal inn i brukers IP og derigjennom evalueres jevnlig. Når gruppa er dannet så blir deltakerne, deres personlige koordinatører og gruppeleder enige om regler. Viktig å bli enig om hva som er fraværsgrunner og ikke.

3) Tilbud ved Fysioterapiavdelingen /Frisklivssentralen i kommunen.

Trening i gruppe for personer med psykiske lidelser ved Rehabiliteringsavdelingen, lokalisert til LMS - en dag i uka. Startet høsten 2012 og innebærer oppvarming, stasjonstrening og

⁴⁶ Fysisk aktivitet og psykisk helse – et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet..... Tipshefte fra Helsedirektoratet IS-1670

avspenning. I tillegg gjennomfører flere egentrening under veiledning. Brukerne forplikter seg til oppmøte.

3) Treningskontakter

Treningskontakter er et alternativ eller supplement til støttekontakter både innen rusfeltet og psykisk helsearbeid. En kontakt har fokus på tilpasset fysisk aktivitet sammen med en eller flere deltakere, der felles interesse for fysisk aktivitet skal være utgangspunktet for kontakten. Treningskontaktarbeidet er ressursorientert og det skal legges til rette for mestring. Omfanget av bruken av treningskontakter har aldri vært stort i Sel kommune og det er vanskelig å rekruttere treningskontakter, spesielt til å følge opp tiltak på dagtid.

Utfordringer i forhold til fysisk aktivitet	Målsettinger
• Økt fokus: fysisk aktivitet som behandlingsform. • Motivere for større forpliktning til å gjennomføre aktivitet. • Rekruttering av treningskontakter • Ressurser til å drive målretta fysisk akt.	• Bedre psykisk helse gjennom bedring av fysisk helse • Bedre fysisk helse gjennom kostholdsveiledning

12.6 Aktiviteter på Livsområdet bolig, - inkl bistand og oppfølging

Etter Helse og omsorgstjenestelovens § 3-7 skal kommunen «medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker».

Etter Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 27 om midlertidig botilbud så «er kommunen forpliktet til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv».

I Sel kommune ivaretas ansvaret av kommunens bygg- og eiendomsavdeling (kommunale boliger), tildelingskontoret for pleie-, rehabilitering og omsorgstjenester (omsorgsboliger) og NAV. Tilbud på privatmarkedet ivaretas med eller uten samarbeid med bygg- og eiendomsavdelingen og ofte med bistand fra Psykisk helsearbeid og NAV. Etter Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 3–2, b, har bruker rett på nødvendig praktisk bistand og opplæring for å kunne bo. Dette ansvaret er lagt til psykisk helsearbeid i samarbeid med pleie – og omsorgstjenestene. Ang. boligplanleggingen til mennesker med psykiske lidelser bør dette være integrert som en del av det øvrige planarbeidet.

De fleste med psykiske lidelser foretrekker, som andre, å bo i en egen bolig og å leve et så selvstendig liv som mulig. Det er viktig å samarbeide med brukeren og pårørende om å komme fram til egnet bolig. Området bolig, inkl bistand og oppfølging omfatter bla boligplanlegging, ulike boformer, å kunne bo i egen bolig, økonomiske virkemidler.

Boligplanlegging:

Kommunen har inntil des. 2013 manglet en boligsosial plan.⁴⁷ Den skal være kommunens dokument som bla viser Husbanken hvilke behov og planer kommunen. Den er et nødvendig grunnlag for å kunne løse ut midler fra Husbanken og som kommunen deretter kan innvilge

⁴⁷ En trygg og god bolig for alle i Sel kommune, Boligsosial plan 2013 - 2017

overfor huseiere med særskilte behov for tilrettelegging. For videre informasjon, henvises til kommunens boligsosiale plan.

Ulike boformer:

Dette kan være ordinære boliger, omsorgsbolig, forsterket botilbud, kommunale sykehjem og evt andre korttids boformer. Omsorgsboligene kan være med eller uten fast tilknyttet personell, med eller uten fellesareal og med ulik størrelse. Dette er utdypet nærmere i kommunens overordna omsorgsplan og boligsosial plan.

Kommunen har i dag 10 omsorgsboliger øremerket for personer med psykiske lidelser og 4 enheter for bostedsløse. Det er imidlertid et behov for familieleiligheter dvs leiligheter med flere soverom og som egner seg for barnefamilier.

Kommunens omsorgsplan omhandler behovet for omsorgsboliger, men antyder ikke noe omfang for planens målgruppe. Det antydes at behovet vil komme til å øke etter omlegging av Sykehuset Innlandet sin politikk i forholdet mellom døgn- og dagtilbud da det kommer til å bli vesentlig færre døgnplasser både ved DPS, Otta, Reinsvoll og Sannerud. Antall boliger for målgruppa kommer heller ikke fram av kommunens boligsosiale plan. Kommunen bør foreta en behovskartlegging i forhold til behov og type boliger for målgruppa. Gjennom den planlagte brukerplan kartlegginga som skal gjennomføres i kommunen i 2014 vil vi kunne få noen svar på omfanget av boligbehovet for personer med ruslidelser. (Jfr kap 4.4 om brukarmedvirkning)

Å kunne bo i egen bolig (Boveiledning / boligsosialt arbeid):

En god innflyttingsprosess forutsetter samarbeid mellom beboer, familie, nettverk, ansatte i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Stikkord er forebygging, boveiledning og boligsosialt arbeid. Enkel oppfølging kan bidra til at brukeren kan mestre arbeid eller utdanning i tillegg til en mest mulig selvstendig hverdag i egen bolig.

I praksis er ansvaret i stor grad lagt til psykisk helsearbeid. NAV ivaretar også en del av oppfølginga. Dette arbeidet krever tverrfaglig innsats der flere tjenester har delansvar for det boligsosiale arbeidet. Det kan derfor lett oppstå gråsoner. Arbeidet må systematiseres og ansvaret må avklares og fordeles i den enkelte saken.

Studier viser at folk er skeptiske til naboer som har psykiske lidelser og/eller sliter med rusproblemer. Informasjon er derfor sentralt og denne skal skje med brukers samtykke.

For best mulig og lykkes må IP brukes målrettet for å ivareta behovet og brukarmedvirkningen. Det letter også samarbeidet og ansvarsavklaringen.

Når personer blir utskrevet fra institusjon, bør det samarbeides med spesialisthelsetjenesten. Kommer kommunen tidlig inn, kan det bidra til en rask og mer varig løsning.

⇒ *For å sikre godt samarbeid ved inn og utskriving er det inngått følgende samhandlingsavtaler med Sykehuset Innlandet:*

Samhandlingsrutiner for innleggelse i Sykehuset Innlandet

Samhandlingsrutiner for utskriving av pasienter fra SI til kommunene

Utfordringer i forhold til bolig	Målsetninger:
• Behov for flere utleie- og/eller omsorgsb. • Egne familieleiligheter • Bedre oppfølging i boligen • Ventetid på egne bolig ved utskriving • For tjenesten psykisk helsearb.- en god investering å gi god og tilstrekkelig biveiledning i etableringsfasen. • Behov for mer psykisk helsekompetanse i tildelingsenheten, særlig for søknader om mer tilrettelagte botilbud. • Avklare behov for interkommunalt samarbeid rundt bofellesskap for brukere med omfattende behov. Gjelder både personer med psykiske lidelser, rus eller med ROP diagnose.	• Økt tilgang på hensiktsmessige kommunale leiligheter • Hensiktsmessige boliger for familier med mindreårige barn • Kortere ventetid for bostedsløse og tjenester etter opphold i psykiatriske institusjoner. • Utvikle botilbud som gir verdighet og nødvendige tjenester til de som fortsetter sitt rusmisbruk, uten at det gir store tilleggsbelastninger for andre sårbare grupper. • Øke kompetansen på saksbehandling ved tildelingsenheten gjennom tettere samarbeid med psykisk helsearbeid.

12.7 Aktiviteter på livsområdet mestring - Arbeid, sysselsetting, utdanning

Arbeid – sysselsetting mv:

Ansvar for tiltak for arbeid og sysselsetting for voksne personer med psykiske plager ligger i hovedsak til NAV og kommunens psykiske helsearbeid bistår. Det er viktig med et nært samarbeid mellom de kommunale helse- og sosialtjenestene, spesialisthelsetjenesten, NAV, arbeidsgiver, og frivillige organisasjoner. Gudbrandsdalen Industrier AS (GIAX) sin avdeling på Otta er en bidragsyter innen attføring, arbeid og sysselsetting. Som et virkemiddel benyttes «Inn på Tunet» der gården Øvre Øyen i Heidal benyttes etter konkrete avtaler. Psykisk helsearbeid har en viktig koordinerende funksjon.

Arbeids- og inkluderingsdep. og helse – og omsorgsdep. har utarbeidet en Nasjonal strategiplan for arbeid – og psykisk helse for perioden 2007 – 2012. Denne gir retning for arbeidet både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten.

I Sel kommune er andelen lavinntektshusholdninger høyere enn i landet som helhet. Enpersonshusholdninger øker, men er noe lavere enn landsgjennomsnittet. Arbeidsledigheten følger konjunktorene i landet, men er høyest i regionen, det samme med sykefraværet. Kroniske smertetilstander og psykiske lidelser er en av de viktigste årsakene til frafall i arbeidslivet. Statistikk fra 2011 viser at nærmere 11 % av arbeidsstyrken hadde nedsatt arbeidsevne. Mer enn 50 000 sykmeldinger skyldes psykiske lidelser hvert år. Årsakene til nedsatt arbeidsevne, sykefravær og uføretrygd er sammensatte, men psykisk sykdom, belastning i livssituasjonen er blant disse. Grupper som står utenfor arbeidsliv og skole har i gjennomsnitt dårligere psykisk helse og mer usunne levevaner enn de som er i arbeid.⁴⁸ Arbeid og utdanning er sentrale verdier og bidrar til følelse av mestring, selvtilit, selvrealisering, fellesskap og gir en opplevelse av å være til nytte. Har stor betydning for den enkeltes økonomi og uavhengighet.

⁴⁸ Kilde: Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Sel kommune. 2013

Erfaring fra psykisk helsearbeid i Sel kommune er at det er få av deres brukere som er arbeidssøkere. Enten har de fast arbeid eller så er de uføretrygdet og skulle hatt bedre sysselsettingstiltak. Det er imidlertid positiv erfaring med at bedriftshelsetjenesten tar kontakt der en ansatt med psykiske plager har stått i fare for å miste arbeidet sitt.

Viktig at kommunen bidrar til at målgruppa får mulighet til å utnytte egen arbeidsevne. Slike bidrag kan være:

- NAV har flere støtteordninger som kan bidra til at den enkelte får utnytte egen arbeidsevne både på kort og lang sikt.
- For kommunen er det en god investering å støtte opp med tilrettelegging, tilby praksisplasser i forbindelse med utdanning og arbeidsutprøving eller for å gi sosial trening. Ekstra oppfølging i en startfase, eller i en kritisk fase, kan være avgjørende for at tiltaket skal være vellykket.
- Kommunen er både tjenesteyter og arbeidsgiver og bør tilrettelegge for tilpassede arbeidsplasser. Personer som står utenfor arbeidslivet, kan representere en ressurs.
- Sel kommune er en IA – kommune og har et stort ansvar for å tilrettelegge for egne arbeidstakere som sliter av ulike grunner.
- Kommunen samarbeider tett med NAV og legekantoret om oppfølging av sykemeldte. Gjennom oppfølgingsplaner, dialogmøter og ved å benytte seg av NAV sine tjenesteleverandører og helseapparatet for øvrig, som DPS, kan en sette inn tiltak tidlig
- AKA (Arbeidslivets komité mot alkoholisme og narkomani) er et formalisert samarbeid mellom partene i arbeidslivet og har som hovedoppgave å forebygge rusmiddelproblemer i arbeidslivet, samt å bidra til at ansatte med rusmiddelproblemer får hjelp. Ansvaret for dette er lagt til kommunens personalavdeling.

Omkring 270 personer går til en hver tid på arbeidsavklaringspenger i Sel kommune. Som et ledd i regjeringens fattigdomsbekjempelse ble det i tillegg fra 2007 satt i gang et eget program - Kvalifiseringsprogrammet. Her deltar det til en hver tid omkring 10 personer fra Sel. Hvor mange av disse som er innen vår målgruppe sies det ikke noe om. En utfordring er å finne egnede praksisplasser for arbeidsutprøving og tilrettelagt arbeid som på sikt kan føre fram til et fast arbeidsforhold. Mennesker med psykiske lidelser har ofte plager med å komme inn på arbeidsmarkedet eller har problemer med å stå i jobben. Det er viktig at kommunen i samarbeid med NAV, evt GIAX, bidrar til at disse personene får mulighet til å utnytte egen arbeidsevne.

Tilrettelagt arbeid / sysselsetting:

Det er behov for lavterskeltilbud for å gi personer arbeidstrening og sosial trening. Tilbudene som i dag kan gis gjennom NAV sitt samarbeid med GIAX er begrenset til enkelte grupper og et fåtall med plasser.

Mennesker med psykiske lidelser har ofte mindre sosialt nettverk enn andre. Når ordinært arbeid ikke er oppnåelig, kan meningsfulle aktiviteter/ lokale aktivitetstilbud være et godt alternativ i et sosialt aspekt. Bruk av støttekontakt kan være et tiltak for å komme i gang. Psykisk helsearbeid har rollen som pådriver og evt tilrettelegger for å oppnå dette.

Utfordringer i forhold til arbeid - sysselsetting	Målsetning
• Å få de som lykkes i tilrettelagt arbeid over i ordinært arbeid • At Sel kommune finner egne arbeid til flere med psykiske-/rus plager. • Manglende lavterskeltilbud for å gi arbeidstrening og sosial trening. • Tilbudene som gis gjennom NAV sitt samarbeid med GIAX er begrenset til enkelte grupper og et fåtall med plasser • For kommunen/tjenesten psykisk helsearbeid - en god investering å støtte opp under ulike arbeids- og sysselsettingstiltak gjennom NAV som oppfølging på arbeidssted, eller gi sosial trening. Prioritering av tidsbruk kan være en utfordring.	• Arbeidsavklaring, utdanning eller tilrettelagt arbeid inkluderes i brukers IP • Å starte tidlig med tiltak for å hindre at psykiske lidelser utvikler seg. • Ressurser for å yte ekstra oppfølging i en startfase/en kritisk fase for bedre å lykkes.

Utdanning – opplæring:

Voksne har krav på grunnskole- og videregående utdanning, eventuelt spesialundervisning. Samarbeid mellom kommunale helse- og sosialtjenester og skolemyndighetene (på kommunalt/fylkeskommunalt nivå) er avgjørende for å utvikle tilrettelagt undervisningstilbud til målgruppa. Kommunen har ansvar for opplæring for voksne som ikke faller inn under rettighetene til videregående opplæring. Voksenopplæring i kommunen blir i dag gitt gjennom Otta læringssenter. Karrieresenteret OPUS, Nord Gudbrandsdal gir også voksenopplæringstilbud og karriereveiledning. Dette skjer delvis i samarbeid med NAV. Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (Opplæringsloven) omhandler opplæring organisert spesielt for voksne. Kapittel 4 A slår fast *at alle voksne som trenger det, har rett til grunnskoleopplæring så lenge de ikke har rett til videregående opplæring etter lovens § 3–1*. Voksne som ikke har eller ikke kan få tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, har etter Opplæringslovens § 4 A–2 *rett til spesialundervisning på grunnskolens område*. Opplæringsloven gir ytterligere informasjon om rettigheter på området. Oppfølgingstjenesten (OT) er fylkeskommunal og knyttet til de videregående skolene. Dette omtales nærmere under kapittel 11.4 om Barn og unge/Sentrale aktører.

Opplæring og utdanning gir kunnskap og kompetanse. Foreldrenes utdanning påvirker yngre generasjoner. Statistikk viser at ulikheter i utdanningsnivå har betydning for sosiale helseforskjeller. Andelen med grunnskole som høyeste utdanningsnivå er imidlertid minkende i kommunen.

Økonomiske, personlige og sosiale problemer hindrer mange i å fullføre utdanning. Alvorlige psykiske lidelser rammer ofte ferdigheter og funksjoner som er avgjørende for å få utbytte av det ordinære skole- og utdanningssystemet. Dette kan resultere i ufullstendig skolegang slik at en ikke kommer inn på ønsket utdanning eller avbryter høyere utdanning. For mange er tilpasset opplæring dermed avgjørende. Opplæring og spesielt kompetansegivende opplæring et svært viktig tiltak og kan med fordel gjennomføres i gruppe..

For kommunen kan det være en god investering å støtte opp om ulike opplæringstiltak da ekstra oppfølging i en startfase, eller i en kritisk fase, kan være avgjørende for at tiltaket skal bli vellykket.

Otta læringssenter har ansvar for den voksenopplæringa som blir gitt kommunalt. Dette tilbudet er pr dato begrenset til fremmedspråklige. Økning i voksenopplæringsressursene er en forutsetning for å nå målgruppa for denne planen.

Tilbud ved Karrieresenteret OPUS, Nord Gudbrandsdal:⁴⁹ Veiledning, videregående opplæring, kurs og tilrettelegger for utdanning på høyskolenivå mv. De har gode muligheter for tilrettelegging av undervisninga innen de økonomiske rammene. Når man tar kontakt med senteret kan man ha med en kontaktperson om det føles tryggere.

Utfordringer i forhold til utdanning-opplæring	Målsetninger
• Mangelfulle voksenopplæringsressurser til å ivareta andre enn fremmedspråklige. • Ressurser nok for å støtte opp om ulike opplæringstiltak spesielt i startfasen eller i en kritisk fase, for å sikre at tiltak lykkes	• Utvikle enda tettere samarbeid med NAV omkring overgangen tilrettelagt arbeid – ordinært arbeid eller skolegang. • For Sel kommune, utvikle seg til en god IA-bedrift vedr. integrering av personer som har eller har hatt psykiske plager/rusproblemer. • Øke målgrupper innen kommunens voksenopplæringsavdeling.

12.8 Aktiviteter på livsområdet økonomi - Økonomiske virkemidler

Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV), kapittel 4 omhandler individuelle tjenester. Kommunen skal gi opplysning, råd og veiledning for å bidra til å løse eller forebygge sosiale problem. Dersom kommunen ikke selv kan gi slik hjelp, skal den så vidt mulig sørge for at andre gjør det. Husbanken har også virkemidler rettet mot bolig og det og bo.

Som det kommer fram under kapitlet foran så er det en relativt høy andel i vår kommune med noe lav økonomisk evne. En akseptabel økonomi er forutsetningen for et selvstendig og verdig liv. Økonomiske bekymringer kan lett forverre situasjon. Det er derfor viktig å sørge for at botilbudet og finansieringen av dette er tilpasset brukerens økonomi.

NAV har ansvar for økonomisk saksbehandling og gjeldsrådgivning. Husbanken har ulike virkemidler.⁵⁰

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har ofte dårlig økonomi.

- NAV tilbyr opplysning, råd og veiledning. Kan en ikke sørge for livsopphold gjennom arbeid eller ved gjeldende økonomisk rettigheter, har en krav på økonomisk stønad som bidrag, lån, garanti for lån, eller ved varer og tjenester. Det skal foretas en individuell vurdering av om stønad skal ytes, stønadens størrelse og stønadsform. Målet er å bli selvhjulpne. For noen brukere er det viktig med tett samarbeid mellom tjenesten psykisk helsearbeid og NAV.
- Kommunestyret gjorde i 2008 vedtak om å følge statens veil. retningslinjer vedr. økonomisk stønad til livsopphold. Satsene blir justert årlig i forhold til statsbudsjettet.

⁴⁹ Karrieresenteret OPUS, Nord Gudbrandsdal, adresse: Skansen 7, 2670 Otta.

Webadr: www.oppland.no/Karriere-Oppland/Nord-Gudbrandsdal/ E post: karriere-ng@oppland.org

⁵⁰ For info om Husbanken og andre som har gode virkemidler vises til kommunens boligsosiale plan av 2013.

12.9 Aktiviteter på livsområdet sosial fungering - sosiale møteplasser

Dersom ordinært arbeid ikke er aktuelt, er det kommunens ansvar å legge til rette for meningsfylte aktiviteter. Dette gir innhold og struktur i hverdagen og en opplevelse av å være til nytte. Dagtilbud for å kunne ivareta dette er pr dato ikke lovpålagt, men det er under vurdering. Støttekontakter er et hyppig brukt tiltak med tanke på mer aktiv fritid. Som et virkemiddel benyttes også omsorgstilbudet «Inn på Tunet» ved at tilbud ved gården Øvre Øyen i Heidal benyttes etter konkrete avtaler. Hjerterom er sentral i dette arbeidet og Frivillighetssentralen er et godt supplement.

Det er flere studier som viser at sykdom og dødelighet blant befolkningen påvirkes av sosiale forhold. Gode sosiale møteplasser vil derfor kunne bidra til å bedre den psykiske helsa.

Kortversjonen av veilederen Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene lister opp følgende ansvarsområder og gode råd:

- Viktig med et samlingssted. Brukere/brukerorganisasjoner kan inviteres til samarbeid om driften av lokalene, evt få ansvar for driften. Bør kunne tilby ulike samværsformer.
- Det kan være fruktbart at kommunen inngår forpliktende samarbeidsavtaler med frivillige organisasjoner. Avtaler gir forutsigbarhet for alle involverte.
- Fysisk aktivitet er viktig for både den fysiske og psykiske helsen. I tillegg kan fysisk aktivitet bidra til sosialt fellesskap. Kommunen bør samarbeide med brukere/brukerorganisasjoner, idrettslag og andre frivillige organisasjoner.
- Støttekontakter og fritidsassistenter er av stor betydning for mennesker med lite nettverk. Aktiv rekruttering og oppfølging av støttekontakter er viktig.

Hjerterom – et lavterskeltilbud:

Hjerterom Sel ble offisielt åpnet 1. oktober - 05. Ble fram til 2008 drevet med prosjektmidler etter TV aksjonen i 2004. Fra 2008 overtok Sel Kommune driften.

Muligheten for et sosialt liv og et godt nettverk er noe av de sentrale forutsetningene for et verdig liv. Selv etter 8 års drift er tjenesten fortsatt under oppbygging.

Hjerterom er et lavterskeltilbud og skal være et rusfritt tilbud. Det er en person som jobber på Hjerterom og som fungerer som daglig leder. Hjerterom skal være et treffsted for trivsel, trygghet og mestring og det skal bidra til at mennesker med psykiske plager skal ha muligheter til et sosialt liv og til å bygge opp et godt nettverk. Den enkelte person kan ta kontakt med daglig leder, det samme kan samarbeidspartnere som NAV og DPS gjøre.

Hjerterom er åpent alle ukedager fra 9-15.30. En dag/uka er det kveldsåpent fra 17 – 21. Da er det fellesmiddag som brukerne selv står ansvarlig for å tilberede. Det er et behov for å styrke Hjerterom på deler av tida. Dette må det arbeides konkret med.

Det er et ressursorientert fokus for arbeidet på huset. Tilbudene omfatter bla:

- Trim ved frisklivssentralen
- Treningstilbud innen matlaging (middag på torsdager, kveldsmat på tirsdager).
- Aktivitetsdag (f.eks håndarbeid)
- Husmøter
- Julemesse

- Baking til husbruk m.v
- Fysisk aktivitet.

Husmøte

Det gjennomføres husmøter ca 1g gang/mnd. Målet er brukermedvirkning med den hensikt å videreutvikle Hjerterom. På møtene kommer det bla innspill til aktiviteter og det er et mål at det skal settes opp regler for ulike aktiviteter. Det er varierende oppmøte og det er i hovedsak en fast «kjerne» som møter.

Hjerterom sitt tilbud for personer med rusproblematikk.

Gjennom rusprosjektene ble det prøvd med forlenga åpningstid for å imøtekomme det behovet man mente at folk med rusproblematikk hadde. Dette var også nødvendig av hensyn til den øvrige driften ved Hjerterom. Erfaringen var imidlertid at de som brukte dette utvida tilbudet var de samme som benyttet Hjerterom i den ordinære tida. Konklusjonen var at målgruppa ikke ble nådd. Det ble derfor avsluttet. Å åpne for personer med rusproblem en ettermiddag i uka er likevel et tilbud Hjerterom ønsker å få vurdert nærmere i samarbeid med ruskonsulenten.

Venneforening – Brukerrepresentanter:

Venneforeningen Hjerteroms venner ble etablert 23.mars 2011. Målet er å være et humanitært støtteapparat som skal bidra med utviklende og trivselskapende aktivitet for brukere og ansatte ved Hjerterom. Foreningen har eget styre: daglig leder ved Hjerterom, 3 brukerrepresentanter, en repr. for frivillige og 2 psyk. sykepleiere hvorav den ene er leder. Foreningen har eget budsjett, handlingsplan, gjennomfører styremøter og årsmøte. Inntekter etter årlige julemesser går til foreningens drift. Er en utfordring å rekruttere medlemmer og skaffe inntekter.

Frivillighetssentralen:

Frivillighetssentralen tilbyr ulike aktiviteter både for barnefamilier, voksne og eldre. De har ingen tilbud øremerket for målgruppa for denne planen, men alle står fritt til å benytte tilbudene. Noen brukere tar kontakt selv, mens andre får bistand fra psykisk helsearbeid.

Aktivisering i Sel kommune og planer framover

Høsten 2013 pågikk et arbeid i kommunen for å se på om man kan utnytte ressursene til dagtilbud / aktivisering bedre og skape større fagmiljø. Det foreligger et forslag og å slå sammen alle de mindre stillingene som arbeider med slike dagtilbud og skape at Aktivitetshus for flere grupper som:

- Rus / psykiske lidelser
- Psykisk utviklingshemmede
- Hjemmeboende demente – med spesiell fokus på yngre

Det er for tidlig å trekke noen konklusjoner om hva som vil være resultatet av dette arbeidet.. Det ble også foretatt en tilsvarende vurdering for noen år tilbake. Målgruppene kan også vurderes økt i forhold til det som ligger i forslaget.

Utfordringer vedr sosiale møteplasser – sosial fungering – dagtilbud	Målsetninger
• Brukere innen målgruppa deltar lite i kulturaktiviteter og trenger bedre informasjon. • Aktiviteter som når flest mulig • Få flere brukerne til å foreslå aktiviteter • Øke kompetansen innen kosthold • Få brukerne motivert til å redusere tobakksbruk. • Få brukerne til selv å være pådrivere for bedre kosthold og fysisk aktivitet. • Å rekruttere medlemmer og skaffe inntekter til venneforeningen.. • Å få realisert et Aktivitetshus.	• Arbeid med fokusområdet kosthold i regi av psykiske helsearbeid / Hjerterom • At aktivitetstilbudene i tillegg til kulturelle aktiviteter vektlegger fysisk aktivitet og økt kunnskap om kosthold og helse. • Delta på «Bra Mat» kurs for å øke kompetansen innen kostholdsveiledning • Gjennomført «Bra Mat» kurs skal gjenspeile tilbudet om matlaging mv som blir gitt ved Hjerterom • Bedre rekruttering og økte inntekter til venneforeningen • Et Aktivitetshus sentralt plassert.

13 Bistand i kriser og katastrofer

En viktig del av det kommunale psykiske helsearbeidet er støtte til mennesker som opplever alvorlige traumer og kriser i livet.

Psykososialt kriseteam:

Kommunen har siden 1998 hatt en plan for psykososialt kriseteam. Den evalueres hvert andre år og ble sist oppdatert 19.10.11. Arbeid med planen er overført til plan- og beredskapsavdelingen. Det tas sikte på å lage en interkommunal plan..

Med kriseteam mener vi det kommunale teamet som har ansvar for psykososial oppfølging av mennesker / lokalsamfunn som rammes av kriser og katastrofer. Dette er en ressursgruppe, som utover å bistå innbyggerne, også vil fungere som ressurs for innsatspersonell for annet beredskapspersonell.

Sorg – omsorg i Sel:

Ressursgruppa startet opp i 1988. Den har hatt noe ulik organisering og eieforhold. Den kom i gang for å gi hjelp til etterlatte i forbindelse med dødsfall og tiden etterpå. Den var tverrfaglig sammensatt og besto både av offentlige og frivillige tjenester. Det ble gitt hjelp gjennom individuelle samtaler, og den satte i gang angst- og sorggrupper når det var nødvendig. I de senere årene har det vært lite med aktivitet slik at gruppa er å anse som nedlagt.

Soknediakonen i Sel har imidlertid startet opp med noe arbeid igjen og har ønske om mer dialog og samarbeid.

Gudbrandsdalen krisesenter:

Krisesenteret ligger på Lillehammer og har åpent døgnet rundt alle dager. Krisesenteret er et tilbud til barn, kvinner og menn utsatt for vold i nær relasjoner⁵¹.

Utfordringer i kriser og katastrofer:	Målsetninger:
• Personer i akutte kriser er ofte avhengig av andres innsats for å oppnå kontakt med krisetjenestene. • Kriseoppfølging utenom kontortiden • Personer fra andre kulturer har ofte andre forventninger og behov vedr støtte i kriser og katastrofer	• Øke kompetansen på praktisk kriseintervensjon • Ha medarbeidere som har god nok kompetanse, trygghet og beredskap til å gi god og nødvendig hjelp. • At det er kompetanse til å hjelpe mennesker med annen kulturell og etnisk bakgrunn. (Pga små fagmiljøer kan dette løses gjennom interkommunalt samarbeid)

⁵¹ Besøksadresse for krisesenteret: Skoletorget 6D, Lillehammer. Mail post@gudbrandsdal-krisesenter.no

Del V HANDLINGSPLAN

Det er et overordnet mål for tjenesteytingen for mennesker med psykiske plager / lidelser at de skal oppleve forutsigbarhet og helhetlige tiltakskjeder hvor brukermedvirkning er ivarettatt både på individ- og systemnivå. Det er også et mål å implementere forslagene i denne planen i nødvendige kommunale planverk og at forslag som har økonomiske konsekvenser skal innarbeides i kommunens økonomi – og kommuneplan og samkjøres med rehabiliteringsplanen av 2012 – 2020 og den overordna omsorgsplanen 2012 – 2020.

TILTAK	Planmessig forankring	Ansvar	Tidsramme
Statistikk – kvalitet, omfang av tjenester, behov for forbedringer			
Forbedre statistikk over behov for tjenester (jfr kap 3.3)	Plan psykisk helse	Kommunalsjef/ aktuelle virksomhetsledere	Kontinuerlig forbedrings - prosess
Oppdatere plan etter resultat av folkehelse – og levekårs- undersøk. 2014.(jfr kap 3.3)	Plan psykisk helse evt politisk beh.	Kommunalsjef/ virksomhetsledere/ regional ruskonsulent.	2014
Oppdatere plan etter resultat av brukerplan kartlegging 2014. (jfr kap 4.4)			
Administrative tiltak			
Styrke den samla tjenesten ved å arbeide fram gode tverrfaglige modeller	Økonomiplan	Kommunalsjef og virksomhetsleder familie og velferd.	Kontinuerlig
Prøve ut alternativ arbeidsplan for psykisk helsearbeid.for voksne mtp kveld, helg, høytider.(jfr kap 5.2)		Virksomhetsleder Familie og velferd og fagleder psyk. helsearb. voksne	2014 - 2015
Avklare ansvarsforhold vedr oppfølging av rusavhengige mødre. (Jfr kap 8.1)		Virksomhetsleder fam. og velferd	2014
Vurdere fastlegeavtalene mtp flerfaglig og tverrfaglig arb. for målgruppa (Jfr kap 8.2)		Kommunalsjef	Ved fornying av avtalene
Etablere rutiner for å sikre kommunens varslings- og bistandsplikt slik at alvorlig syke mennesker kommer i kontakt med helsetjenesten. (Jfr kap 9.3 om tvunget psyk.helsevern)	Inn i Kvalitetslosen	Omfatter fastlegene, psyk. helsearbeid, hjemmesykepl., NAV, helsestasj., skolehelsetj.osv.	2014
Følge opp statlige anbefalinger om at ansvar for IP og personlig koordinator også skal ivaretas av oppveksttjenestene (jfr kap 11.4 om PPTjenesten)		Kommunalsjef oppvekst og kommunalsjef helse og omsorg.	Snarlig
Bearbeide og ajourføre prosedyrer vedr Rus i Kvalitetslosen. (jfr kap 11.3. personer med rus...)	Kvalitetslosen	Fagleder psykisk helse, regional ruskonsulent	2014
Konkrete boligbehov etter gjennomført brukerplan- kartlegg. (Jfr kap 4.4 og 11.5)	Plan boligsosialt arb./ rev plan psyk.helse		2014
Vurdere om Hjerterom skal åpne for pers. med rusproblem en ettermiddag /uka i samarb. M ruskonsulenten. (jfr kap 12.8).		Fagleder psykisk helsearb, leder Hjerterom og ruskons.	2014
Avklare modell for framtidig dagtilbud (Jfr kap 12.8)		Kommunalsjef	2014 - 2015

TILTAK	Planmessig forankring	Ansvar	Tidsramme
Personell ressurser			
Still. for kommunepsykolog	Økonimiplan	Kommunalsjef	Snarlig.
Styrke voksenopplæringsressurs for å ivareta opplær. ut over målgruppe asylsøkere mv. (Jfr kap 12.6)	(Beregnes nærmere)	Virksomhetsleder voksenopplæring mv	Haster
Kompetanse			
Kompetanseoppbygging – videreutdanning og egenveiledning (jfr kap 6)	Kompetanse plan	Virksomhetsleder Familie og velferd og fagleder psyk. helsearb. voksne	2014 - 2016
Kompetanse innen psykisk helsearbeid for alle sentrale tjenester (jfr kap 5.2, 5.3 og 6)		Kommunalsjef helse og omsorg og oppvekst sammen med aktuelle virksomhetsledere	2014 - kontinuerlig
Kompetanse innen feltet rus for alle sentrale tjenester (Jfr kap 5.2, 5.3 og 6)			
Kompetansekartlegging av kommunens behov og kompetansemål for de enkelte tjenestene (jfr kap 6)		Virksomh.ledere	
Kompetansekartlegging av den ansattes behov (jfr kap 6)		Virksomhet.led.	
Økt tverrfag. komp. og en sterkere tjeneste for å ivareta de vanskelige tverrfaglige oppgavene både for barn og voksne. (Jfr kap 11.4 under barnevern)		Virksomhetsleder Familie – og velferd	
Styrke kompetanse innen den samla tjenesten for barn og unge (Jfr kap 11.4 Barnevernstjen.)		Kommunalsjef og virksomhetsleder fam. og velferd.	
Gjennomføring av kursrekke for COS for psyk. helsearbeid voksne.(jfr kap 11.5)	Kompetansepl mv		
ROP retningslinjer - skolering (Jfr kap 12.3)		Fagleder psykisk helse for voksne	2014
Skolering i «Bra Mat» i frisklivskonseptet ved Hjerterom.(Jfr kap 12.4 og 12.6)		Fagled. psykisk helse og daglig leder Hjerterom i samarb. med leder av frisklivssentr	2014
Samarbeidstiltak – samarbeidssystem kommunal, regional og statlig			
Vurdere oppretting av arbeidsgr. der tjenester innen helse, barneh., skole mv og organisasjoner inviteres 1-2 ganger pr år. Mål: Samhandling og kompetanseutveksl. innen forebyggende arbeid med hoved fokus på psykisk helse og rus.(Jfr kap7.1)		Kommunalsjefer, Virksomhetsledere og ruskoordinator	2014 - 15
Avklare ansvar for øyeblikkelig hjelp for personer med psyk.plager og ruslidelser (Jfr kap 9.4)		Rådm, kom.sjef, dagl. leder NGLMS	
Regelmessige møter mellom DPS døgnenhet, Otta,VOP og Sel kom. v/ psykisk helsearb. og legetjen. (jfr kap 9.7)		Fagleder psyk. helsearb. voksne i samarb. Med leder av DPS døgnenhet	Første kvartal 2014

TILTAK	Planmessig forankring	Ansvar	Tidsramme
Pådriver for å etablere samhandlings-tjenesteavtaler mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten vedr psykisk helse og rus feltet (jfr kap 9)		Kommunalsjef, ruskonsulent og fagleder psyk.helsearb.	Snarlig
Eableres lokale samarbeidsrutiner mellom helsetjenesten og politi.(Jfr kap 10)		Kommunalsjef – legevakta	Snarlig
Fokus på vanskelige gråsoner mellom tjenestebehov etter barnevernsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (jfr kap 11.4 barnevern)	Evt prosedyre inn i Kvalitetslosen	Virksomhetsleder familie- og velferd, fagledere barnev. og helsestasjon	Kontinuerlig
Opplæring og implementering av Kvellomodellen. Avklare deltakere og oppstart (jfr kap 11.5)		Kommunalsjefer, virksomhetsledere	2014
Prøve ut og bestemme samarbeidsmodeller innen tjenestene for barn /unge. (Jfr kap 11.8)		Kommunalsjefer, virksomhetsledere	2014 -- kontinuerlig
ROP retningslinjer- ta i bruk innen psyk,helsearb. voksne (jfr kap 12.3)		Fagleder psykisk helsearb. voksne	2014
Psykisk helsearbeid for voksne – del av team som møter nye asylsøkere / flyktninger (Jfr kap 12.3, flyktninger mv)		Kommunalsjef, fagleder psykisk helse voksne og, flyktningekons.	2014
Avklare behov for og evt hensiktsmessigheten av interkom. tilbud innen psyk. helsearbeid/ rus. (Jfr kap 12.3 Utfordringer)		Kommunalsjef v/ 6K helse i samarbeid med fagleder for psykisk helsearbeid	De nærmeste årene – start 2014?
Systematisere ansvar og arbeidsfordeling vedr boligsosialt arbeid (Jfr kap 12.5)	Utarbeide ansvarsavklar og prosedyrer i Kvalitetslosen	Kommunalsjef i samarbeid med aktuelle virksomhetsledere	
Utarbeide og vedta kom. retningsl. for arbeid og ansvars plassering vedr ulike praksispl. for arbeids- utprøving (jfr kap 12.6)	Kommuneplan	Kommunalsjef, virksomhetsleder, rådmann og NAV	2014
Utarbeide rutinebeskrivelser for lokalt samarbeid mellom helsetjen. og politiet (jfr kap 10)		Kommunalsjef og virksomhetsleder for familie og velferd og legetjenesten	2014

Økonomiske konsekvenser av handlingsplanen:

Tiltak	Økonomiske konsekvenser	Egenandel Sel kommune	Iverksettes fra.....
Kommunepsykolog i regionen	1 000 000 totalt	ca 250 000 første år, og 300 000 2 år.	Snarlig. Obs søke prosjektmidler
Styrke voksenopplæringsressurs. for å ivareta opplæring for andre enn målgruppe asylsøkere mv	Anslag 30 - 50 % still. for spes.ped .	Må utredes nærmere	Haster.

Litteratur - /Referanseliste

Lover

- Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø mv.(2005)
- Lov om barnehager (2006)
- Lov om barnevernstjenester (1993)
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven, 1999) (Omfatter i hovedsak spesialisttjenesten, men får konsekvenser for kommunenes ansvar)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. (2012)
- Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven av 24.06.11, iverksatt 01.02.12)
- Lov mot forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven) (2008)
- Lov om folketrygd (1997)
- Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova) (1998)
- Lov om helsemessig og sosial beredskap fra 1.7.2001.
- Helsepersonelloven (Lov 1999-07-02 nr.64)
- Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (Arbeids- og velferdsforvaltningsloven) (2006)
- Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (2009)
- Lov om spesialisthelsetjenesten mm (Spesialisthelsetjenesteloven av 02.07.1999)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02.07.1999 m endringslover av 2013.

Forskrifter

- Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern med mer av 16.12.2011, nr 1258
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011.

Rundskriv

- Helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid. IS-5/2012 av Politidirektoratet og Helsedirektoratet.
- Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013. IS-1/2013 . Helsedirektoratet
- Rundskriv Q-16/2013 Forebyggende innsats for barn og unge

Stortingsmeldninger og off utredninger

- NOU 2009.22. *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*
- St.melding nr 25 (1996 – 97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.*
- St. melding nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer* (Omsorgsplan 2015),
- St.meld nr 47 (2008 – 2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.*

Veiledere

- Fra bekymring til handling – En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. IS-1747, Helsedirektoratet 2009
- Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. IS-1154 Sosial og helsedirektoratet. Veileder til forskrift av 3. april
- Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. IS – 1405, Sosial- og helsedirektoratet mars 2007.
- Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. IS-1405, Sosial- og helsedir.-05
- Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. IS-1388, Sosial – og helsedirektoratet 2006.
- Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester. IS – 1512. Helsedirektoratet 2008.
- Seksuelle overgrep mot barn – En veileder for hjelpeapparatet. Sosial og helsedirektoratet og Barne og familiedepartementet, 2003
- Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. IS-1570 Helsedirektoratet 2008

Rapporter, faglige retningslinjer, opptrapping- og strategiplaner mv

- Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser. Rapport 2011:4 av Folkehelseinstituttet.
- Bedre føre var ... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Rapport 2011:1 Folkehelseinstituttet.

- Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse. Rapport IS-1315 av Sosial og helsedirektoratet, 2006
- Fysisk aktivitet og psykisk helse – et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer. IS-1670. Helsedirektoratet 2010.
- Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Rapport. Veiledningsmaterieell, rev 01/2013
- Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Utredningsserie 2/2000 av Sosial – og helsedirektoratet (IS-2692)
- Kvalitet og kompetanse .. om hvordan tjenestene til mennesker med psykisk e lidelser og rusproblem kan bli bedre. Rapport IS-1914 av helsedirektoratet 2011.
- Nasjonal Faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling. IS-1948. Helsedirektoratet
- Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i Primær – og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet 2009.
- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, IS-1511. Sosial – og helsedirektoratet, 2008.
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011. Helse og omsorgsdepartementet.
- Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse. Arbeids- og inkluderingsdep., Helse – og omsorgsdepartementet 2007 - 08
- Opptrappingsplan for rusfeltet. Helse – og omsorgsdepartementet 2008.
- Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. Rapport 2009:8 Folkehelseinstituttet.
- Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse.... Sammen om psykisk helse. Helsedepartementet
- Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Temahefte. Helse og omsorgsdep. 26.06.13.
- Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid (TOPP studien). Rapport 2007:5 Folkehelseinstituttet.

Annen referanse og litteratur

- Antonovsky, Aaron: Helsens mysterium, den salutogene modellen. Gyldendals akademiske, 2012.
- En trygg og god bolig for alle i Sel kommune. Boligsosial plan 2013 – 2017.
- Folkehelseprofil 2013 for Sel kommune. Folkehelseinstituttet
- Glavin og Erdal: «Tverrfaglig samarbeid i praksis». Kommuneforlaget 2007
- Handlingsplan mot vold i nære relasjoner. Sel kommune. Vedtatt 16.12.2010.
- Haugland Siren, Misvær Nina: «Håndbok for skolehelsetjenesten», Kommuneforlaget 2009
- Interkommunal alkoholpolitiske retningslinjer 2013 – 2016 for Nord Gudbrandsdal
- Interkommunal ruspolitisk handlingsplan 2013- 2016 for Nord Gudbrandsdal
- Internkontroll helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Sel kommune utkast av 18.04.13
- Kommunedelplan for omsorgstjenester i Sel kommune 2012 – 2020. Vedtatt 18.06.2012.
- Kommunedelplan for omsorgstjenester i Sel kommune 2012 – 2020. Delplan ReHabilitering. Vedtatt 18.06.2012.
- Kompetanseplan for Sel kommune 2012- 2014. Vedtatt 19.06.12
- Lauvås, Kjersti og Per (1994). «Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi» . Oslo, Tano
- Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer Sel kommune 2013.
- Plan for psykisk helsearbeid for Stavanger 2011 - 2015
- Rapport fra Prosjekt Psykisk helsevern 2011 – 2013. Sykehuset Innlandet HF – divisjon psykisk helsevern av 12.10 2012.
- Sosial relationship and mortality risk : a meta-analytic review av 27.07.2010

Vedlegg

Kommunestyresak 39 / 2014; Kommunedelplan for omsorgstjenester I Sel kommune 2014. 2020.
Delplan Psykisk helsearbeid