

REVIDERT PLAN FOR PSYKISK HELSEARBEID

Handlingsplan for 2007 - 2010

Vedtatt av Nærøy kommunestyre 26.6.2007

Revidert plan for psykisk helsearbeid – Handlingsprogram 2007 – 2010

1.0 INNLEDNING:

I St.prp. nr. 1 (2005-2006) varslet Helse- og omsorgsdep. at kommunene må oppdatere sine planer for psykisk helsearbeid til etter opptrappingsperioden som går ut 2008. Dette er et vilkår for å få utbetalt øremerkede tilskudd. Planen skal knyttes til økonomiplanperioden 2007 – 2010 og gjelde for samme periode.

Eksisterende plan gjelder ut 2006, og tiltak i planen er i stor grad gjennomført som beskrevet.

Planen skal ha følgende innhold:

- Planen skal omhandle både barn, unge og voksne, herunder personer med samtidige psykiske lidelser og rusproblemer.
- En kortfattet beskrivelse av det psykiske helsearbeidet i kommunen og hvordan dette er organisert.
- Si noe om faktisk og ønsket samhandling innad i kommune
- Planen må også omfatte forebyggende psykisk helsearbeid.
- Et anslag over brukergruppas omfang.
- Kortfattet omtale av udekkede behov for tjenester.
- Vurdering av kompetansebehovet.
- Kortfattet omtale av hvordan kommunen har organisert/vil organisere brukermedvirkningen i det psykiske helsearbeidet, herunder bruk av individuelle planer.
- Omtale av samarbeidet med spesialisttjenesten og andre sektorer som NAV, skole, frivillige organisasjoner m.v.
- Handlingsplan med planperiode fram til og med 2010.

Satsing på utbygging av det psykiske helsevernet reguleres av St.prp.nr. 63 Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Opptrappingsperioden er senere forlenget til 2008.

Oppbygging av de kommunale tilbudene blir tillagt stor vekt i stortingsproposisjonen.

Kommunens ansvar for tjenester innen psykisk helsevern følger av Lov om sosiale tjenester, Lov om helsetjenester i kommunen og Pasientrettighetsloven.

I veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunen (IS-1332) blir psykisk helsearbeid definert på følgende måte:

Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering. Målsettingen med psykisk helsearbeid i kommunen er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Det skal være målrettet, faglig

fundert og samordnet innsats og fortrinnsvis gi et tilbud i brukerens nærmiljø i tråd med LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå).

1.1 Arbeidet med oppdatering av planen:

En fast arbeidsgruppe bestående av helse- og sosialsjef, seksjonsleder for forebyggende/ kurative tjenester, konsulent i psykiaritjenesten og 2 representanter fra Mental Helse. I tillegg har representanter fra hjemmebaserte tjenester, tiltak for funksjonshemmede, helsestasjon, sosial-/barnevernstjenesten og legetjenesten deltatt i deler av diskusjonen.

De som jobber i konsulenttjenesten for psykisk helsearbeid og kjenner brukere har sammen med legekantoret foretatt en kartlegging av brukergruppen og av udekkede behov for kommunale og andre tjenester. Dette er med og danner grunnlag for utvidelse og utvikling av tjenesten psykisk helsearbeid. Denne planen omhandler personer med rusproblemer i den grad rus er kombinert med alvorlig psykiatrisk diagnose.

Konsulent i helse- og sosialsjefens stab har vært sekretær for arbeidet.

2.0 KARTLEGGING AV BRUKERGRUPPEN

2.1 Målgruppe

Det psykiatriske tjenestetilbudet i Nærøy kommune skal gi tilbud til alle i kommunen, både barn, ungdom og voksne, som har eller står i fare for å utvikle psykisk sykdom. En ønsker at tilbudet skal være "et lavterskeltilbud," der en kan ta kontakt uten henvisning. Tilbudet skal også omfatte pårørende av personer med psykiske lidelser.

I forbindelse med plan som ble vedtatt i februar 2002 ble det foretatt en grundig kartlegging av gruppen personer med psykiske lidelser. Det er i april/mai 2007, i forbindelse med revidering av planen, foretatt en ny kartlegging av brukergruppen.

I forbindelse med kartlegginga har en delt den voksne brukergruppen i 3:

1. Symptomdiagnose – gjelder personer som ikke har fått en psykiatrisk diagnose.
2. Mindre alvorlige diagnoser – angst, depresjoner og lettere personlighetsforstyrrelser.
3. Alvorlig psykiatrisk diagnose – psykoser og alvorlige personlighetsforstyrrelser.

De som omfattes av tiltakskartlegginga er personer som har fått satt en diagnose, og som har et hjelpebehov over tid. I tillegg har konsulenttjenesten i kommunen ut fra sin kunnskap om brukerne sett at listene fra legekantoret har mangler når det gjelder hvem som har fått diagnose. Dette har kartlegginga prøvd å rette opp. Dette er personer som tilhører gruppe 2 og 3.

Med utgangspunkt i legenes datasystem har en også prøvd å se på antall personer en kjenner til som kommer inn under gruppe 1 (symptomdiagnoser). Selv om dette er en gruppe som ikke har et kjent hjelpebehov pr. i dag som tilsier at de blir med i kartleggingen, er dette en gruppe personer som er sårbar for påkjenninger i livet, og som lett kan komme i en situasjon der de vil ha behov for hjelp.

Kartlegging av barn og ungdom med psykiske lidelser er foretatt ved at hjelpeapparatet har gitt opplysninger om antall barn og type problemer de jobber med.

2.2 Anslag over brukergruppens omfang:

Sosial- og helsedep. har i St.prp. nr. 63 (1997-98): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, lagt til grunn et omfang av alvorlige psykiske lidelser tilsvarende 0,75 % av den voksne befolkning. Dette gjelder personer som vil kunne ha et omfattende behov for ulike kommunale tjenester. I tillegg er det lagt til grunn at 0,25 % av den voksne befolkningen har noe mindre alvorlige lidelser, men likevel et visst behov for enkelte kommunale tjenester.

For Nærøy kommunes del vil dette utgjøre henholdsvis 30 personer med omfattende behov og 10 personer med mindre omfattende behov for kommunale tjenester.

Kartlegginga vi har foretatt i kommunen viser at vi kommer ut med klart høyere antall. Nyere faglitteratur opererer imidlertid nå med større tall enn det som det er anslått i Opptrappingsplanen. Arnulf Kolstad har i en artikkel kalt "Mental Helse. Sykdom og Samfunn" slått fast at i løpet av et år kan så mye som 15 – 20 % av den norske befolkningen ha behov for psykiatrisk behandling eller

omsorg. (Andersen og Karlsson (red.): Psykiatri i endring) Med det som utgangspunkt er ikke tallene som har kommet fram i kartlegginga spesielt høye.

2.3 RESULTAT AV KARTLEGGINGEN

2.3.1 Voksne personer med psykiske lidelser.

Kartlegging gjennomført våren 2007 viser følgende:

Gruppe 3: Personer med alvorlig psykiatrisk diagnose – psykoser og alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Diagnose	→ 30	31 – 50	51 - 70	71 →	Sum
Schisofreni	4 kvinner 4 menn	11 kvinner 7 menn	8 kvinner 4 menn	1 kvinne 2 menn	41
Alvorlig personligh. forstyrrelse	4 kvinner 1 mann	8 kvinner 1 mann	2 kvinner 1 mann	1 kvinne 1 mann	19
Manisk/depressiv	1 kvinne 1 mann	4 kvinner 6 menn	4 kvinner 8 menn	3 menn 2 kvinner	29
Totalt i gruppe 3	9 kvinner 6 menn	23 kvinner 14 menn	14 kvinner 13 menn	4 kvinner 6 menn	89

Gruppe 2: Mindre alvorlige diagnoser – angst, depresjoner og lettere personlighetsforstyrrelser.

Diagnose	→ 30	31 – 50	51 - 70	71 →	Sum
Angst, Depresjon	10 kvinner 8 menn	26 kvinner 21 menn	27 kvinner 13 menn	19 kvinner 2 menn	126
Mindre alvorlig psyk.diagnose kombinert m/rus	2 kvinner 3 menn	4 kvinner 4 menn	3 kvinne 7 menn	1 mann	24
Psykiske problemer Uspesifisert	11 kvinner 5 menn	13 kvinner 8 menn	17 kvinner 7 menn	6 kvinner 3 menn	70

Totalt i gruppe 2	23 kvinner 16 menn	43 kvinner 33 menn	47 kvinner 27 menn	25 kvinner 6 menn	220
--------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------	-----

Gruppe 1: Symptomdiagnose – gjelder personer der en ikke har sikker psykiatrisk diagnose.

Denne gruppen er det spesielt legene som har kjennskap til, men en del har kontakt med konsulentene i psykiatritjenesten. Legetjenesten mener det er så mange som 325 personer med symptomer på depresjon og 105 personer med symptomer på angst i kommunen.

Det er mulig at det i denne gruppen er personer som burde ha fått en diagnose, og som har behov for mer omfattende hjelp enn de har i dag.

Vurdering av kartleggingsmetoden:

Tallene i kartlegginga er framkommet gjennom at det fra legekantorets journalsystem er tatt ut lister på diagnose. Videre bygger det på den kunnskapen og kontakten konsulenttjenesten i psykisk helsearbeid har med brukergruppen og informasjon fra 2.linjetjenesten.

Det en ser er at det er en stor økning i antall personer innenfor gruppe 2 og 3. For gruppen ”Mindre alvorlige diagnoser – angst, depresjoner og lettere personlighetsforstyrrelser” er økningen fra 51 til 220 personer. For gruppen ”Alvorlig psykiatrisk diagnose – psykoser og alvorlige personlighetsforstyrrelser” er økningen fra 47 til 89.

Det er vanskelig å si sikkert hvorfor økningen er så stor. Noe kan skyldes at hjelpapparatet er mye mer bevisst at personer har psykiske lidelser og at en tidligere har hatt en stor underrapportering i journaler. Videre kan det at psykiatritjenesten i kommunen er utbygd og mer kjent for befolkningen ha ført til at flere søker hjelp for problemene. Samtidig kan det være en reell økning gjennom at folk har utviklet sykdom. En del skyldes også tilflytting.

Uansett betyr det en stor utfordring for det kommunale hjelpeapparatet at det er en så stor økning i brukergruppen.

I den videre oppsummering av kartlegginga, er det viktig å ha med i beregningen at den er foretatt uten at de det gjelder er spurt. Videre har hjelpeapparatet ikke god nok kunnskap om alle personene til å anslå hvilke behov for hjelp som gruppen har. Det betyr at en ikke har god nok kunnskap om alle til å anslå riktig hjelpebehov, og at kartleggingen vil bli noe mangelfull. Det ser en spesielt i forhold til de som tilhører gruppe 2.

For de fleste som tilhører gruppe 3 mener imidlertid hjelpeapparatet å ha ganske god oversikt over, slik at resultatet vil bli i tråd med reelt behov.

Samtidig har en ganske god oversikt over antallet personer i gruppe 1 og 2 gjennom legekantorets datasystem som kan si noe om antallet med de aktuelle diagnoser. Kartlegginga gir dermed en god oversikt over hvor stor gruppen er.

Boligsituasjon:

En ser at det er 5 – 6 personer med alvorlig psykiatrisk diagnose som har langvarige innleggelse i psykiatriske institusjoner (DPS Kolvereid). De det gjelder bor enten i egen bolig eller i trygdebolig uten fast bemanning. Deres helsesituasjon tilsier på at de har behov for en annen bo- og omsorgssituasjonen.

En ser her for seg samlokalisert bolig med noe bemanning for å skape trygghet.

En person med alvorlig psykiatrisk diagnose har behov for plass ved eldresenteret.

I tillegg har vi en gruppe unge personer som gir grunn til bekymring. De har delvis en psykiatrisk diagnose kombinert med stort rusproblem (3 personer), og i tillegg er det en person som trenger skjerming mot andre personer. Disse personene er vanskelig å hjelpe med nåværende bosituasjon, da de må skjermes for en del personer som utnytter dem. En ser for seg at disse ville klare seg bedre dersom de bor i egen leilighet i en bolig med flere utleieleiligheter og med tilsyn på natt.

En ser også at en pr. i dag har 3 familier der en eller begge foreldrene sliter med psykisk sykdom, som bør ha hjelp til å skaffe egen bolig. Det samme gjelder pr. i dag 2 enslige ungdommer. Disse kan hjelpes gjennom husbankordninger som kommunen forvalter, både etableringstilskudd og startlån. En kan anta at gruppen som trenger hjelp til å skaffe annen bolig gjennom bruk av husbankordninger er større enn det som kartlegginga viser.

Personellbehov i forbindelse med omsorgstjenester:

Når det gjelder omsorgsbehovet for de som en vurderer trenger bofellesskap, så mener en at de kan få tildelt hjelp gjennom åpen omsorg. Dette gjelder personer med alvorlig psykisk sykdom, men en ser for seg at de gjennom trygghet som ligger i å bo i et bofellesskap, samt at det ligger i nærheten av andre tjenestetilbud, så vil de klare seg uten alt for stor personellressurs i tillegg til det de har i dag. Ut fra kartlegginga anslår en at en gjennom en styrking av åpen omsorg med 1,5 stilling vil kunne gi et godt tilbud til gruppen på 5 – 6 personer som er vurdert å ha behov for samlokalisert bolig.

Når det gjelder gruppen på 3 ungdommer med rus og psykiske problemer og 1 med spesielt behov for skjerming, så er det også her vurdert at det er behov for oppfølging med omsorg og tilsyn. Stillingsressurs her er anslått til 1 stilling i åpen omsorg.

En mener at opprettelse av stillinger bør organiseres i åpen omsorg, da det vil gi størst mulighet til fleksibilitet og best utnyttelse av ressursene.

Dagtilbud:

Med den kjennskap psykiatritjenesten har til brukergruppen ser en at flere burde ha, og vil ha utbytte av å delta på dagtilbudet. En ser også at en del personer ut ifra bosted og mangel på offentlige kommunikasjoner/egen bil har problemer med å komme fast til Kolvereid. Videre er det personer som trenger tid og bearbeiding før de vil delta på dagtilbud. Ut fra hvordan kartlegginga er gjennomført er det imidlertid vanskelig å gi eksakt antall.

Arbeid/verna arbeid:

Gjennom kjennskapen til brukergruppen som er i kontakt med psykiatritjenesten i kommunen kjenner en til flere brukere som opplever at de har en restarbeidsevne som de kunne tenkt seg å bruke. Dette både ut fra at de har svak økonomi, og en 2 – 3 timers jobbing i uka ville hjelpe. Videre ville det gjøre godt for selvbildet. Også her er det vanskelig å anslå eksakte antall som ønsker jobb.

Støttesamtaler:

Konsulenttjenesten opplever stor etterspørsel etter støttesamtaler, og de har totalt hatt kontakt med 60 brukere i 2007. Etter hvert som tjenesten har fungert og blitt kjent henviser flere kommunale tjenester og spesialisttjenesten brukere til støttesamtaler. Samtidig tar mange kontakt selv. Ut fra antallet brukere en ser i kartleggingen er det trolig mange som burde ha tilbud om støttesamtaler som ikke har det pr. i dag.

Kontakt med 2.linjetjenesten:

Opplysninger fra psykiatrisk avdeling ved Sykehuset i Namsos, viser at det i 2007 har vært 17 innleggelses fra Nærøy kommune ved psykiatrisk avd. i Namsos og ved DPS Kolvereid ved utgangen av mai. Av disse er det 5 personer som har vært innlagt ved DPS Kolvereid over lang tid.

Når det polikliniske konsultasjon for personer fra Nærøy, så utgjør de ved Sykehuset Namsos 199 konsultasjoner og ved DPS Kolvereid 316 konsultasjoner for de 5 første månedene av 2007. Disse konsultasjonene er fordelt på 50 til 60 personer som går til samtaler til enhver tid.

2.3.2 Barn og unge med psykiske lidelser

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og barnevernet opplever at en del unge har en destruktiv atferd i form av tidlig utprøving av rus og tidlig utprøving av seksualitet med promiskuøs oppførsel. Dette blir også bekreftet av sosiallærer ved ungdomsskolen. I tillegg ser en at flere driver med selvskading, bl.a. risping og skjæring i huden med kniv.

En ser fortsatt at mange barn sliter med atferdsproblem. Henvendelser til hjelpeapparatet kommer for det meste først når disse barna har kommet i skolealder.

Tjenestene som jobber med barn og unge møter mange som sliter psykisk og emosjonelt. Det kan gi utslag som depresjon, angst, sinne aggresjon, tristhet, følelse av å stå utenfor osv. Ofte kan en se at grunnen kan ligge i konflikter rundt skilsmisse og samlivsproblemer familien sliter med. Konfliktene kan bli så store at barna ikke blir "sett" i det hele tatt.

En har også dysfunksjonelle familier med foreldre som har rusproblemer og/eller store psykiske vansker, der samspillet i familien er så vanskelig og forvirrende at barna kan få store vansker.

En ser også at barn sliter med spiseforstyrrelser og overvekt.

Enkelte familier har så dårlig økonomi at barna lider under det.

Det er vanskelig å få eksakte tall på hvor mange barn i kommunen som sliter med psykiske eller emosjonelle lidelser, eller har symptomer på feilutvikling.

Pr i dag i dag er det 13 – 14 barn som har et tilbud ved BUP. Disse er henvist av barnevernet, helsestasjon og legekantoret.

De som henvises til BUP er de med de alvorligste symptomene.

I tillegg har barnevernet, helsestasjon og PPT kontakt med mange barn/ungdommer som får kommunal oppfølging eller oppfølging gjennom Bufetat (Barnevern på statlig nivå).

Barnevernet mener at så ofte som i 95 % av sakene de jobber med så handler det om psykisk sykdom i en eller annen form hos enten barnet eller pårørende. Barnevernet har pr. i dag registrert 52 barn, 37 av dem har tiltak. Antallet barn som er registrert eller er under tiltak varierer veldig over tid. Når det gjelder tiltakene pr. i dag har 12 barn tilbud om barnehageplass/SFO, 14 barn har tilbud om hjemmekonsulent, 4

barn har fått tilbud om PMTO terapi (tiltaket vil bli nærmere beskrevet senere i planen) og 18 barn har avlastning. Videre har barnevernet opprettet eller deltar i ansvarsgrupper for mange barn, der barnas vansker er så komplekse og omfattende at det er behov for tverrfaglig samarbeid.

3 barn har hatt tilbud om MST terapi gjennom Bufetat. (tiltaket vil bli nærmere beskrevet senere i planen).

Barnevernet her pr. i dag 10 barn under omsorg. 2 av disse har i tillegg avlastningstilbud.

Helsestasjon møter stort sett alle barna i kommunen gjennom vanlig helsestasjonsarbeid. Videre har de kontakt med mange unge gjennom skolehelsetjenesten, slik at de har god oversikt over type problemer familier, barn og unge sliter med. Helsestasjon har datasystem som de ikke utnytter godt nok til å tallfeste barn med psykisk sykdom eller emosjonelle vansker pr. i dag.

Helsestasjon har henvist 4 barn til BUP. De har henvist 2 barn til PMTO terapi. Videre har de henvist barn til PPT samt 2 barn til St Olavs Hospital til behandling mot overvekt.

3.0 TJENESTEN I DAG

3.1 Tilbudet til voksne

3.1.1 Organisering av det psykiske helsearbeidet i kommunen:

Pr. i dag er de psykiatriske konsulentene organisert i helse- og sosialsjefens stab. En av konsulentstillingene er tillagt ansvar for dagsenteret "Lyspunktet".

Fiskarbyen bofellesskap er organisert under enhetsleder for forbyggende/kurativ tjeneste.

Konsulentstilling 1 møter i utvidet ledermøte i helse- og sosialavdelingen (for enhetsledere og fagledere) som fagleder for en del av den psykiatriske tjenesten, mens enhetsleder møter for bofellesskapet.

Utfordringer:

Målet med organisering av tjenesten må være å sikre at brukerne av tjenesten og deres pårørende samt andre samarbeidspartnere opplever at det psykiske helsearbeidet er helhetlig og koordinert. De skal oppleve at tjenesten har et felles verdigrunnlag bygd på respekt for brukerne, at det er faglig godt, at det er basert på kontinuitet og stabile relasjoner og ikke for mange personer og at brukerne som har behov for hjelp får det.

Det er 2 ganger forsøkt å oppnevne et psykiatrisk samarbeidsteam i kommunen. Hensikten med teamet var at det skulle fungere som en organisatorisk overbygning for tjenestene som gir tilbud til personer med psykiske lidelser i kommunen. Oppgavene skulle blant annet være å samordne tjenestene og diskutere ressursbruk/behov.

Grunnen til at det ikke har fungert, er kanskje at teamet favnet for vidt med tanke på å få med deltakere fra mange kommunale tjenester.

Tjenesten psykisk helsearbeid ser imidlertid klart behov for en bedre samordning i og med at konsulenttjenesten og bofellesskapet i dag er organisert under forskjellige ledere. Det vanskeliggjør en helhetlig tenking rundt faglig utvikling av tjenesten, fleksibel bruk av personell og uklarhet med tanke på ansvar.

For å framstå klarere utad, samt å sikre at henvendelser angående psykisk helsearbeid kommer fram tillegges konsulent 1 i psykisk helsearbeid funksjon som adresse og koordinator for tjenesten.

Det er vedtatt at Fiskarbyen bofellesskap skal ha en faglig leder. Dette blir iverksatt høsten 2007. Enhetsleder har ansvaret.

Det må være krav om høgskoleutdanning med videreutdanning i psykiatri knyttet til denne stillingen.

For å nå målet med organisering av psykiatritjeneste må det igangsettes en prosess med tanke på å finne en god måte å sikre samordning av tjenesten psykisk helsearbeid på. Denne prosessen må omfatte ansatte ved Fiskarbyen bofellesskap, ansatte i åpen omsorg/hjemmesykepleien, dagtilbudet, konsulentene og brukere. I prosessen må en finne felles verdigrunnlag, avklare ansvar og få til en fellesskapstenking blant ansatte til "vi" heller enn "dere og oss".

Helse- og sosialsjefen er ansvarlig for å igangsette denne prosessen. Oppstart må skje i september 2007 da det er ønskelig med en snarlig avklaring på organiseringa, også med tanke på nye samlokaliserte boliger.

Datasystem og rutiner for dokumentasjon og kvalitetssikring er samordnet med tilsvarende system innen pleie- og omsorgssektoren. Systemet er på plass, men er ikke tatt i bruk.

Det er viktig at dette blir igangsatt snart, både for å sikre brukerne vedtak på hvilke tjenester de er innvilget og for å dokumentere det arbeidet som gjøres.

Dette arbeidet må igangsettes i september 2007. Psykiatrikonsulentene får ansvar for det.

3.1.2 Konsulentstillingene i psykisk helsearbeid

Pr. i dag omfatter tjenesten for voksne 2 fagstillinger/konsulentstillinger. Konsulentstilling 1 er besatt med sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid og videreutdanning i veiledningsmetodikk. Konsulentstilling 2 er besatt med sosionom som nå er i ferd med å gjennomføre videreutdanning psykisk helsearbeid. Disse stillingene er pr. i dag direkte underlagt helse- og sosialsjef. Bakgrunn for denne organiseringa var å sikre den tverrfaglige bruken av stillingene, og underbygge at den skulle ha en samordnende og rådgivende funksjon overfor hele helse- og sosialetaten.

Arbeidsoppgavene til de psykiatriske konsulentene:

- Utvikling av tjenestene innen psykisk helsearbeid
- Konsultasjoner/støttesamtaler. Den enkelte kan ta kontakt uten henvisning fra lege (lavterskeltilbud). Utadrettet virksomhet er vektlagt.
- Igangsetting og ledelse av KID-kurs (Depresjonsmestring).
- Rekruttering av og veiledning til støttekontakter.
- Veiledning til ansatte i kommunen.
- Igangsetting/deltakelse av ansvarsgruppemøter/samarbeidsmøter/fagmøter med andre instanser og brukere for å utvikle og samordne tjenestetilbudet.
- Deltakelse i psykososialt støttetteam (POSOM), som er en del av kommunens krisetilbud.
- Informasjon og kunnskapsformidling. Holdningsskapende arbeid mot innbyggerne og ansatte i kommunen.
- Kompetanseheving i det kommunale hjelpeapparatet gjennom kurs, etter og videreutdanning.
- Drift av og deltakelse i dagtilbud innen psykisk helsearbeid.

3.1.3 Støttesamtaler:

En viktig del av konsulentenes arbeid er støttesamtaler. Disse foregår både på kontoret, i hjemmet og på dagtilbudet. De anslår at minimum 50 % av deres arbeidstid går til støttesamtaler.

Dette tiltaket gis til personer med alt fra alvorlige diagnoser til de med symptomdiagnoser og til pårørende.

I støttesamtaler ligger alt fra terapeutiske samtaler, råd og veiledning i forhold til økonomi evt. hjelp til å betale regninger, kontakt opp mot andre hjelpeinstanser (både kommunale og 2. linjetjenester), hjelp til å avklare rettigheter til trygd og andre ordninger og hjelp til å anskaffe/pusse opp bolig. Videre hjelper de mange i akutt vanskelige situasjoner.

Dette oppleves som et meget godt tilbud for mange brukere. For en del av de som får dette tilbudet, er det nok til at de klarer å fungere ganske bra i hverdagen.

Utfordringer:

Etterspørselen etter denne tjenesten er stor, både fra enkeltbrukere og samarbeidsinstanser. Utfordringen ligger i at det ikke er samsvar i størrelsen på personellressursen og oppgavene tillagt dem. Dette er spesielt vanskelig mens en av konsulentene tar videreutdanning.

En kan anta at en gjennom bygging av samlokaliserte boliger med en del omsorgstjenester vil kunne frigjøre noe ressurser for konsulentene.

3.1.4 Bofellesskap:

Nærøy kommune har et bofellesskap med 6 leiligheter for personer med psykiske lidelser (Fiskarbyen bofellesskap). På grunn av vannlekkasje er en leilighet ikke i bruk pr. i dag. Bofellesskapet har døgnbemanning.

Fiskarbyen bofellesskap har heldøgns bemanning, og pr. i dag utgjør personalressursen vel 10 årsverk.

Utfordringer og videreutvikling av botilbud:

Kartlegginga viser at 5 – 6 personer vil ha behov for samlokalisert bolig med noe fellesareal.

Dette bør bygges nært eksisterende tjenester, både kommunalt bofellesskap og andre kommunale tjenester, samt DPS. En ser for seg tomt der de eldste trygdeboligene er plassert, og som nå er i en slik forfatning at de må totalrenoveres eller rives.

En slik plassering vil gi trygghet for beboerne, og kan avlaste resten av det psykiske tjenesteapparatet.

I tillegg er det 4 unge personer med kombinasjonsdiagnose rus og psykiatri som trenger egen leilighet i bofellesskap med noe bemanning på kveld og natt for å skjerme dem fra andre som utnytter dem. Dette er ungdommer som en er bekymret for. Også for denne gruppen kan en se at det ligger noe beskyttelse i å bo nær boliger med heldøgns bemanning, det vil si i samme område som for boligene i avsnittet over.

Tidligere tilskudd til bygging av omsorgsboliger er falt bort. Det er signalisert at et nytt investeringstilskudd vil være klart fra 2008. Tilrettelagte tilbud overfor personer med psykiatri og rus er et viktig område for utbygging. Vilkår og størrelse på tilskuddsordningen vil først være klart når statsbudsjettet for 2008 er klart. I tillegg til tilskudd har husbanken låneordninger.

Husbanken har også en ordning med etableringstilskudd som kommunene kan få for å bygge utleieboliger til utsatte grupper.

Brukere som skal bo i disse boligene betaler husleie, og kan søke bostøtte. Hvis ønskelig kan en legge opp til at aktuelle brukere kan få mulighet til å kjøpe sin andel av de samlokaliserte boligene.

Resterende boligbehov som kartlegginga viser ser en for seg kan ordnes gjennom startlån og boligtilskudd til etablering som kommunen tildeler evt. i samarbeid med privat bank.

Leilighet i Fiskarbyen bofellesskap som ikke kan brukes på grunn av at lekkasje må utbedres.

3.1.5 Dagtilbud:

Dagtilbudet har fått egne lokaler i gamle sykeheimen. Brukerne av tilbudet har gitt det navnet ”Lyspunktet”.

Lokalene er stort sett godt egnet. Det er et stort kjøkken og spiserom med langbord. Stua er stor med utgang til et skjermet uteområde. I tillegg er det et lite kontor som brukes til samtaler med brukerne av senteret. Dette rommet har muggskade, og derfor dårlig luft, noe som reduserer bruken til korte perioder. Det en mangler er rom til en del aktiviteter som trim, trommesirkel og snekring. Dette vil bli løst ved at dagsenteret kan bruke møterom i sokkelen på gamle sykeheimen til aktiviteter som krever plass og gir mye lyd. Videre er det satt av rom i sokkelen på sykeheimen til snekkerrom. Dette rommet må males opp, og er ellers ferdig til å tas i bruk. Dette kan også brukes til andre hobbyaktiviteter der en i dag bruker stua. Begge disse rommene er lett tilgjengelige fra Lyspunktet.

Pr i dag har dagtilbudet åpent 3 dager i uka, mandag ettermiddag fra 14:30 til 18:30, og onsdag og fredag formiddag fra 10:00 til 14:00.

Dagtilbudet skal være et tilbud om sosialt samvær og meningsfylte aktiviteter med utgangspunkt i brukernes egne interesser, ressurser og behov.

Hovedmålsettingen er å motvirke isolasjon og ensomhet gjennom sosiale, praktiske og fysiske aktiviteter. Videre ønsker en å oppmuntre og motivere brukerne til å ta i bruk sine ressurser for å øke selvtillit og trygghet, både i forhold til seg selv og i kontakt med andre.

Dagtilbudet tilbyr i dag følgende aktiviteter: felles lunsj, svømming, trim, utflukter, data, sang og musikk, trommesirkel, baking, biljard og ulike hobbyaktiviteter som snekking, maling, strikking og toving. De er nå i ferd med å oppnevne egne grupper som skal ha ansvar for turer, for matlaging og for drivhus.

Dagtilbudet er blitt godt mottatt og oppmøtet er bra. 20 personer er faste brukere. I tillegg er det noen som kommer av og til.

De har egne brukermøter 1 gang pr. mnd. der innholdet diskuteres og utvikles, noe som både ansatte og brukere opplever som nyttig. Det vurderes også å sette opp en postkasse der en kan komme med ideer og tanker en har om dagtilbudet.

Konsulent 2 er tillagt lederansvar for dagtilbudet. Det er i utgangspunktet sagt at 20 % av hennes stilling skal brukes der. I praksis bruker hun større del av stillingen på dagtilbudet. Dette har også sammenheng med at dagtilbudet er utvidet fra 2 til 3 dager. For å få instruks i samsvar med gjeldende praksis må den korrigeres til at 40 % av konsulent 2 sin stilling brukes på dagtilbudet.

Den andre konsulentstillingen bruker en del tid på dagtilbudet uten at det er formalisert.

Det er viktig for dagtilbudet at de er til stede. Det gjelder både for drifta av senteret og aktivitetene, men også fordi mange brukere har behov for samtaler om ting de sliter med.

I tillegg har en i samarbeid med A-etat fått ansatt en person i 50 % stilling ved dagtilbudet. Denne ressursen brukes til praktisk tilrettelegging. Kommunen dekker halvparten av lønna, og denne dekkes over støttekontaktbudsjettet. Foreløpig har en avtale med A-etat ut 2007, men det er mulig å søke om forlengelse av avtalen.

En prøver også å tillegge brukere av dagtilbudet ansvar for noen oppgaver.

Utfordringer:

Det er viktig å arbeide for at brukerne tar aktivt del i aktivitetene og utviklinga av tilbudet. Dette er en kontinuerlig prosess.

Et annet problem en ser er at ikke alle har mulighet for å komme seg til dagtilbudet på Kolvereid. Nærøy kommune er vidstrakt, og offentlige kommunikasjonsmidler er dårlig utbygd. Det betyr at en del personer som absolutt burde hatt mulighet for å delta på dagtilbudet ikke får det til.

For de som ikke kommer seg til dagtilbudet er støttekontakt en mulighet, men dagtilbudet vurderes å ha mange fordeler i forhold til støttekontakt, ikke minst i forhold til å bygge sosiale nettverk. For å få med flere har en vurdert muligheten for å benytte leasingavtale for en bil med 7 seter, tilsvarende den avtalen kommunen har i dag. Denne kan brukes for å bringe folk til og fra dagtilbudet, men også ved turer i regi av dagtilbudet og til aktiviteter i bofellesskapet.

Utgiftene ved leasingavtale må dekkes over psykisk helsearbeids budsjett, og brukerne må betale for bruken.

En utfordring er også det å klare å motivere brukere til å begynne å bruke dagtilbudet.

Videre ser en at det er viktig og vanskelig å ha en "friskhetstenking" på dagtilbudet. Dette blir en viktig samordningsoppgave, jmf. punkt om organisering, og der også spesialisttjenesten ved DPS bør delta.

Samtalerom/kontor på dagtilbud må utbedres, slik at det kan benyttes fullt ut.

3.1.6 Arbeidstilbud

Ytre Namdal Vekst har pr. i dag 29 VTA-plasser - varig tilrettelagte arbeidsplasser.

Videre har de 5 APS-plasser – arbeidsutprøving for arbeid i skjermet bedrift.

I tillegg har de 2 ansatte innenfor AB-ordningen – arbeid med bistand. Når de blir tatt inn i AB-ordningen får de et opplegg over 3 år og kanskje lengre. De jobber langsiktig, og bruker mye tid på trivselsopplegg og bred kartlegging med tanke på å finne riktig type sysselsetting/ aktivitetstilbud. De kan bruke APS-plasser for å teste ut personer som er tenkt ut i arbeid med bistand for å unngå situasjoner der en mislykkes.

De samarbeider mye med DPS på Kolvereid for å få innsikt i hvordan en best kan tilrettelegg for gruppen med psykiske lidelser. Videre samarbeider de med andre instanser i kommunen gjennom ansvarsgruppe og individuell plan. AB rår i samarbeid med NAV over lønnstilskudd.

De ansatte i AB-ordningen kan ha mellom 8 og 12 brukere hver.

Til alle ordningene søkes det gjennom NAV.

Pr i dag anslår YN-Vekst at 2 personer med psykisk lidelse har tilbud i VTA, 1 person i APS og 3 personer i AB.

Dette kan være et godt alternativ som arbeid eller aktivitet for brukere med psykiske lidelser, og psykiatritjenesten og andre tjenester som møter brukerne må benytte dette i så stor grad som mulig.

Trønder-Tre har en produksjonsavdeling og 1 APS-gruppe (arbeidspraksis i skjermet bedrift) for 5 personer.

I produksjonsavdelinga jobbes det innenfor 3 faser.

I fase 1 har en avklaringskurs med tanke på å komme i arbeid. Kursene har 5 til 8 deltakere, og går over 12 uker. Det er først 4 uker med teori og 8 uker med arbeidspraksis. De som får tilbud her er veldig

forskjellige, både i alder og forutsetninger. Hvilket tilbud de ender opp med etterpå varierer fra ordinære jobber til fase 2-opplegg ved Trønder-Tre. Det er sjelden de får tilbud i APS-grupper.

I fase 2 gjennomgår de et ordinært attføringsopplegg med tanke på å komme i ordinær jobb. De som tas inn her er personer som har arbeidserfaring, og som på grunn av skade og fysisk eller psykisk sykdom har falt ut av jobben. De lønnes fra Trønder-Tre. Her er det 15 plasser.

Fase 3 er et tilbud til personer som får varig plass i verna bedrift. Her er det 5 plasser.

APS-plassene gir opplæring for å fungere i og tilpasse seg arbeidslivet. Det gis arbeidstrening og målsettingen er å finne arbeid eller tilrettelagt arbeid i ordinære bedrifter.

De som får tilbud om plass i APS mangler ofte arbeidserfaring fra før og er yngre enn de som tas inn i den ordinære produksjonsavdelinga ved Trønder-Tre.

Wenche Øren anslår at det pr. i dag er 2 personer med psykiatrisk diagnose tilknyttet fase 2 og 3 personer tilknyttet APS-gruppe.

Sosialtjenesten har fått omstillingsmidler/prosjektmidler for å finansiere en stilling der målsettingen blant annet er å få i gang arbeidstiltak og aktiviteter overfor sosialhjelps-mottakere (herunder også personer med psykiske lidelser). Denne ordningen har vært i drift siden midten av april 2007. Pr. i dag jobber ansatt i stillingen med 1 par og 3 enkeltpersoner om å finne jobb eller arbeidstiltak.

Utfordringer:

Det er en utfordring å finne egnede arbeidsplasser innenfor det ordinære arbeidmarkedet for gruppen med psykiske lidelser. Problemet ligger i å få arbeidsgivere til å ansette og legge til rette arbeidsplasser for gruppen, i å gi rom for at arbeidstakere kan ha varierende arbeidskapasitet og videre er det et økonomisk spørsmål for arbeidsgiver.

Nærøy kommune må gå foran og skaffe arbeid til pasienter med psykiske lidelser, og vise fleksibilitet med tanke på legge til rette for varierende løsninger.

I tillegg er det også en utfordring å motivere brukere til å prøve seg i jobb.

3.1.7 Støttekontakter:

I dag har kommunen 4 brukere som får støttekontakttilbud gjennom psykisk helsevern.

Støttekontaktbudsjettet for 2007 er på kr. 120.000. Tilbudet varierer fra 2 - 3 timer pr. uke.

Videre lønnes en ansatt ved dagtilbudet over støttekontaktbudsjettet. Hun går i 50% stilling, og A-etat og Nærøy kommune deler på lønnsutgiften. Dette fordi en mener dagtilbudet for mange er et bedre tilbud enn støttekontakt da det gir en sosial "treffarena".

De som har støttekontakt bor enten slik til at de ikke får benyttet dagtilbudet eller at de pr i dag ikke er motivert for å bruke det.

Det er lagt ned mye arbeid for å skaffe kvalifiserte støttekontakter for den enkelte bruker.

Brukerdeltakelse er viktig her. Videre gis det god oppfølging/veiledning til støttekontaktene.

En ser for seg noe bruk av støttekontakt videre framover ikke minst som en måte å trygge folk til å benytte dagtilbudet.

3.1.8 Åpen omsorg / Hjemmesykepleien:

En sykepleier i hjemmesykepleien har videreutdanning i psykisk helsearbeid. Dette oppleves som nyttig. De gir tilbud til mange personer med både alvorlig og mindre alvorlig psykiatrisk diagnose. De har også brukere med kombinasjon og rus.

Hjemmesykepleien gir tilbud om medisinoppfølging, tilsyn, pleie og hjemmehjelpsoppgaver. Tilbudet kan variere fra 1 besøk pr. uke til 5 besøk pr. dag avhengig av helsetilstand. Hjemmesykepleien opplever at de ikke får nok tid til god oppfølging/støttesamtaler, samtidig som det, på grunn av turnus, lett blir alt for mange personer å forholde seg til for brukerne.

Pr. i dag bruker hjemmesykepleien 21 timer pr. uke på personer med psykiatrisk diagnose og 7 timer pr. uke på personer med kombinert rus og psykiatridiagnose.

I tillegg gis 14 timer pr. uke i hjemmehjelp i forhold til personer med psykiatridiagnose og kombinasjon rus og psykiatri.

Ressursen som brukes overfor disse gruppene varierer imidlertid mye over tid.

Utfordring:

For å møte behovet for omsorgstjenester i forbindelse med nye samlokaliserte boliger for personer med psykiske lidelser og rus, samt andre innenfor gruppen, må det opprettes 2,5 stilling i åpen omsorg.

I forbindelse med prosess for å finne en god organisering av psykiatritjenesten i kommunen, må en se på hvordan åpen omsorg kan organisere sitt arbeid slik at det kan tilpasses brukere med psykiatrisk diagnose ved for eksempel å redusere antallet hjelpere og gi lengre oppdrag.

Hjemmesykepleien har merket at antallet personer med kombinasjon psykiatri og alvorlig rusproblemer har økt. Dette oppleves som vanskelige saker, og de ser behovet for økt kompetanse innenfor feltet rus.

3.1.9 Sosialtjenesten

Sosialkontoret oppgaver overfor gruppen med psykiske lidelser er:

- Økonomisk hjelp og rådgivning
- Boligformidling/hjelp til etablering
- Støttesamtaler
- Samarbeid med NAV-kontor og 2. linjetjenesten

Sosialtjenesten opplever at antallet brukere med psykiske vansker øker. I 2006 anslår en at ca. 40 % av sosialhjelpsmottakerne har en psykiatrisk sykdom.

Sosialtjenesten har fått omstillingsmidler/prosjektmidler for å finansiere et prosjekt med målsetting å få i gang tiltaksarbeid overfor sosialhjelpsmottakere både når det gjelder arbeidstiltak, aktiviteter og / eller økonomisk rådgivning og gjeldsrådgivning.

Dette prosjektet vil også omfatte brukere med psykiske vansker.

Pr. i dag har ansatt i prosjektet kontakt med 2 par og 5 enslige med psykiske lidelser angående økonomisk rådgivning og gjeldsrådgivning. I tillegg jobber han med 1 par og 3 enslige for å finne jobb eller arbeidstiltak. I forhold til 4 av personene jobber han både med økonomi og jobb. Dette er viktig arbeid, da økonomiske bekymringer kan gi store tilleggsvansker for personer med psykiske lidelser.

3.1.10 Legetjenesten

Legetjenesten møter de fleste med psykiske lidelser i Nærøy kommune. Omfanget av kontakt varierer imidlertid mye.

Legenes oppgaver er:

- Diagnostisering
- Behandling (støttesamtaler og medikamenter)
- Henvisninger til 2. linjetjenesten
- Samarbeid med lokalt hjelpeapparat. Dette skjer direkte opp mot enkeltbrukere, gjerne ved at ansatte innen psykisk helsearbeid tar kontakt med fastlegen på konkrete problemstillinger.

3.1.11 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten fungerer ikke alltid godt etter Nærøy kommunes oppfatning. En opplever at spesialisthelsetjenesten har løsninger for pasienter før det har vært noen samarbeidsprosess med kommunen.

Det som oppleves spesielt vanskelig er å få til akuttinnleggelse. Slike situasjoner, der klokkeslett, mangel på tilstedeværende lege ved sykehuset og diskusjon om realitetene fører til stor ekstrabelastning i lokalt hjelpeapparat og mye frustrasjon. En har også opplevd at inngåtte avtaler om akuttinnleggelse blir ignorert.

En opplever en positiv utvikling i samarbeidet med DPS på Kolvereid. Her er en i gang med å få til god dialog rundt utskriving av pasienter.

Basisavtalen mellom helseforetaket og kommunene beskriver rutinene ved innleggelse og utskriving av pasienter. Det er viktig at denne brukes aktivt og er godt kjent for alle.

Utfordring:

Utvikling av samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er en kontinuerlig prosess, der målet må være å få til mer likeverdig samarbeid til beste for felles brukere av tjenestene. Kommunene og spesialisthelsetjenesten må jobbe felles med utviklingsstrategier.

En ønsker å utnytte spesialisttjenestens fagkompetanse i forhold til kurs/temakvelder for pårørende til personer med psykiske lidelser.

3.2 Tilbudet til barn og unge:

3.2.1 Helsestasjon

Helsestasjon er tilført 40 % stilling gjennom midler fra opptrappingsplanen siden forrige rullering av planen. Det vil si at helsestasjon til sammen er styrket med 140 % stilling. Samtidig er barnetallet gått ned slik at ressursen for barn og unge i Nærøy er økt forholdsvis mer.

Helsestasjon bruker Sosial og helsedirektoratet veileder og fra 2003 i sitt arbeid både på helsestasjonen og i skolehelsetjeneste. Det fokuseres på psykisk helse i alle aldre

Ressursen som er tilført helsestasjon gjennom opptrappingsmidlene er brukt til styrking av **skolehelsetjenesten**. Helsestasjonen har faste dager ved alle skolene i kommunen, både barneskolene, ungdomsskolen og den videregående skolen.

Ved barneskolen får helsesøster henvisninger fra lærere og foreldre, der en ser at barna har problemer i forhold til atferd, skolearbeid eller har emosjonelle vansker. Det gjennomføres ofte kartleggingsamtale med foreldre og lærere for å avklare hva problemene bunner i. Ofte bunner de i samlivskonflikter og kommunikasjonproblemer i familiene.

Elevene tar av og til kontakt selv, og da snakker de ofte om at de føler seg utenfor eller at de blir mobbet.

Helsesøster møter alle 2.klassingene enkeltvis, og foreldrene blir oppfordret til å være med. Her tas opp tema som egenomsorg, venner, skolearbeid, fysisk aktivitet.

Etter forespørsel fra lærer har helsesøster ofte jentegrupper for elevene i 5., 6. og 7. klasse der tema er toleranse, mobbing og vennskap.

I 6. klasse er det undervisning om puberteten og kropp.

Jordmor og helsesøster samarbeider om skolehelsetjenesten ved ungdomsskolen.

I 8. klasse gjennomfører de jente og guttegrupper der de tar opp tema som psykisk helse, følelser, flørting, farer ved rus, ulykker, språkbruk, mobbing, menstruasjon og forhold til egen kropp, seksualitet.

I 10. klasse har de samlivsundervisning der temaene er samliv, seksualitet, egenomsorg, det å sette grenser for seg selv.

Ved ungdomsskolen bruker helsesøster "helsesirkelen" overfor alle elevene. Det er en enkel kartlegging av hvordan elevene opplever at de har det i forhold til venner, søvn, mat, smerter, trivsel hjemme, trivsel i skolen og hvor fornøyd de er med seg selv. Det de ser at elevene rapporterer vansker når det gjelder smerter (kanskje fordi det er veldig konkret), mat og søvn og at jenter gir uttrykk for at de ikke er fornøyd med seg selv.

Alle elevene blir innkalt til samtaler. Dette er oppfattet som et nyttig verktøy. Innhold i samtalene ved ungdomsskolen dreier seg ofte om kjæresten, venner, ekskludering og inkludering. Avhengig av hva som kommer fram i samtalen med ungdommen kan helsesøster foreslå videre samtaler eller samtaler sammen med foreldrene.

Val videregående skole har også skolehelsetjeneste fast 1 gang pr. uke. Skolen er en internatskole. Også ved den videregående skolen bruker helsesøster kartleggingsmetoden "helsesirkelen" som er beskrevet over i forhold til alle elevene. Her er den tilpasset det at de bor på hybel/internat. Helsesøster opplever metoden som nyttig for å få en oversikt over hvordan elevene har det, for så å kunne si ut de som har behov for oppfølging i videre samtaler evt. for henvisning til andre instanser. Elevene ved Val rapporterer vansker når det gjelder forhold til venner, hjem og skole.

Helsesøster opplever stor etterspørsel etter samtaler med henne, og at det er viktig at hun er tilgjengelig for det. Det virker som behovet for samtale øker med alderen.

Helsesøster har ikke undervisning ved Val skole. Dette opplever helsesøster som et problem, da det er behov for informasjon rundt tema samliv. Sosiallærer ved skolen har utformet et forslag til plan for oppfølging av psykisk helse. I den er det lagt opp til seminar rundt tema innen samliv, noe som kan gi åpning for at helsesøster kan gi informasjon.

Planen er ikke vedtatt.

Erfaringene med skolehelsetjenesten er gode.

Nærøy kommune har tidligere hatt **Helsestasjon for ungdom**. Tilbudet ble nedlagt på grunn av kostnadene ved å ha lege tilknyttet tilbudet. Tilbudet har nå åpnet igjen, foreløpig med jordmor som ansatt. En vil senere se på mulighet for å få til avtale med turnuslege som deltaker i helsestasjon for ungdom.

De holder til på helsestasjon, og det er åpent fra kl 13:00 til 15:30 på onsdager. Helsesøster ved ungdomsskolen viderefremidler kontakt, samtidig som ungdommene kan ta kontakt selv.

Helsestasjon for ungdom er tenkt som et supplement til skolehelsetjenesten. Det skal være et lavterskeltilbud, hvor ungdom kan komme uten timebestilling og betaling. Tilbudet omfatter individuell rådgivning, undersøkelser og behandling, samt at det kan drives utadrettet virksomhet som undervisning og gruppesamtaler.

Utgangspunktet for tilbudet er at det skal baseres på de ønsker og behov ungdommene har og uttrykker. Hvis en klarer å nå ungdommene kan arbeidet bety forebygging av uønskede graviditeter, seksuelt overførbare sykdommer, psykiske og sosiale problem og bruk av alkohol, tobakk og narkotika. Ungdommene oppsøker tilbudet, og tilbakemeldingene er gode.

Videre har helsestasjon kommet i gang med **BAPP-grupper**, et tilbud som gis til barn av psykiatriske pasienter. Dette er et interkommunalt samarbeidstiltak.

Det er et forebyggende program som går over 8 kvelder, og gjelder barn mellom 8 og 12 år. Foreløpig er programmet gjennomført for 3 grupper. En håper å få i gang en ny fra høsten av. Erfaringene er gode. Det arbeides med å utvikle tilsvarende program for ungdom fra 12 år og oppover samt et familieprogram. Foreløpig vet en ikke når dette kommer.

En ansatt har utdanning i familierterapi. Hun har gjennomført **familierådgivning** overfor familie som ønsket det med gode erfaringer. Dette tilbudet er det ønskelig å utvikle videre.

Helsestasjon driver forebyggende arbeid gjennom den kunnskapsøkning som gis ved svangerskapskurs, småbarnsgrupper og trilletreff, i tillegg til ordinære helsekontroller.

Jordmor er ansatt i 100 % stilling. Hun har 2 faste dager avsatt til svangerskapsomsorg. Det gis støtte og veiledning i den endringsprosessen svangerskapet er. I svangerskapsomsorgen har jordmor, i samarbeid med foreldrene, tett tverrfaglig samarbeid med lege, helsesøster, barnevern, psykiatrisk konsulent og sosialtjenesten.

Det er interkommunalt samarbeid om beredskapsvakt med følgetjeneste til sykehus mellom kommunene Vikna, Leka og Nærøy

I tillegg til individuell svangerskapsomsorg er jordmors arbeidsområder: fødsels- og foreldreforbereidende kurs, hjemmebesøk etter fødsel, barseltreff, helsestasjon for ungdom, undervisning innen fysisk og psykisk helse og seksualitet i 8. og 10. klasse og individuell prevensjonsveiledning.

3.2.2 Barnevernet

Siden juli 2005 har Nærøy, Vikna og Leka kommune innført interkommunalt barnevern, med arbeidsgiveransvar og kontorsted tillagt Vikna kommune.

På grunn av problemer med bruk av felles datasystem, har det vært vanskelig å gjennomføre faste kontordager i Nærøy. Dette har tjenestene i kommunen opplevd som uheldig med tanke på samarbeidet

med barnevernet. Pr i dag fungerer datasystemet, slik at det ikke skal være noe hinder for å gjennomføre faste kontordager.

Barnevernet opplever sterkere statlig satsing nå i forhold til å bistå kommunene i å forbygge og unngå plassering utenfor hjemmet. Lokalt barnevern kan etterspørre tiltak fra Bufetat (statlig barnevern) der de går inn i direkte arbeid overfor familier.

MST – multisystemisk terapi er det mest omfattende tiltaket som brukes overfor ungdommer mellom 12 og 18 år med store atferdsproblemer. Dette blir vurdert som en siste tiltak før ungdom må plasseres utenfor hjemmet. Dette er forsøkt overfor 3 ungdommer i Nærøy med veldig gode erfaringer.

En ansatt i barnevernet i Ytre Namdal får gratis opplæring i MST. Denne skal så fungere som forlenget arm for tiltaket.

Et annet tiltak som Bufetat tilbyr er **FNT – familie og nettverkstiltak**. Dette er systemisk arbeid overfor familie og nettverk rundt barn og ungdom fra 0 til 18 år. Problemstillingene kan være samspillsproblemer, kommunikasjonsvansker og grensesetting. Dette tiltaket er ikke prøvd ut her enda. Et tredje tiltak er **Familirådgivning**. De som gjennomfører dette har utdanning i bruk av metoden. Det gjennomføres systematiske samtaler med alle familiemedlemmer og hjelpeapparatet der de må definere problemene selv. Etterpå gjennomføres familierådsmøte med familierådgiver som leder. Dette møtet må finne tiltak. Dette skal prøves ut i forhold til konkret sak nå.

En ansatt i barnevernet i YN og en ansatt i PPT har tatt utdanning som **PMTO-terapeuter – Parent Management Training Origion**. Dette er en foreldreveiledningsmetode som skal hjelpe foreldre til å håndtere atferdsproblemer hos barn. Veiledningen er satt i system, og en lærer foreldre vanlige former for grensesetting gjennom øving. Erfaringene med denne metoden er meget gode. Derfor skal prinsippene fra metoden overføres til resten av hjelpeapparatet i kommunen. PMTO-terapeutene skal utdanne PMTO-rådgivere innen helsestasjon, skole, barnehage, barnevern og PPT slik at de i sitt arbeid kan bidra til at foreldre finner konkrete løsninger på problemene som kan prøves ut og evalueres.

Barnevernet i Ytrer Namdal har en ½ stilling som **hjemmekonsulent**.

Hjemmekonsulenten gå inn i hjemmet og gi veiledning og støtte over tid. Dette tiltaket er viktig, og har en klar forebyggende effekt med tanke på å unngå plassering av barn utenfor hjemmet.

Andre tiltak som brukes av barnevernet er støttekontakt, leksehjelp, avlastningstiltak/besøkshjem og barnehage. Barnehagetilbud gis til mange barn, og oppleves som et godt tilbud for barn med behov for grensesetting og struktur/forutsigbarhet. Barnevernet ser at det parallelt med barnehagetilbud bør jobbes opp mot hjemmet for å få til samsvar mellom grensene hjemme og i barnehagen.

Videre har barnevernet ansvar for eller deltar i mange ansvarsgrupper for barn med så komplekse og sammensatte behov at det er behov for tverrfaglig samarbeid.

3.2.3 Skole og barnehager

Ungdomsskolen har søkt om midler til å lage en egen plan for psykisk helse. I dette arbeidet vil skolehelsetjenesten bli en aktiv deltaker.

Ungdomsskolen har brukt programmet ”Alle har en psykisk helse”. Gjennom planarbeidet ønsker de å lage et eget undervisningsprogram basert på ”Alle har en psykisk helse” og STEP som brukes i videregående skole

Barneskolen bruker ”Steg for steg” – et sosialt utviklingsprogram.

I barnehagene programmet "Sosial kompetanseutvikling" som går på lære samhandling mellom folk, selvkontroll og det å ta vare på seg selv og andre.

Skolene og barnehagene i kommunen tar aktivt del i gjennomføringa av Verdensdagen for psykisk helse hvert år. Dette har utviklet seg til stort og godt arrangement som når mange.

Utfordringer og utvikling av tjenestene for barn og unge:

Det har vært et ønske over tid å starte arbeidet med å samordne virksomhetene rettet mot barn og unge gjennom opprettelse av et **Familiesenter**. Formålet med et familiesenter at familiene på et og samme sted skal få et helhetlig og samordnet tjenestetilbud, der de på samme sted kan finne åpen barnehage, helsesøster, jordmor, barnevern, PPT, lege og andre tjenester.

Nærøy kommune har søkt prosjektmidler til å utrede og etablere et slikt senter, men har fått avslag. En ønsker likevel å gå videre med arbeidet for å få til et familiesenter da en opplever at en gjennom en slik organisering får utnyttet ressursene best mulig.

Arbeidet med etablering av slikt senter starter fra nyttår 2008, og helse- og sosialsjef er ansvarlig.

Helsestasjon må utvikle tilbud om familierådgivning for par som har problemer i samlivet og tilbud om samlivskurs for nyetablerte par/familier som et forebyggende tiltak.

Helsestasjon må igangsette arbeid med å utnytte dataprogram for å dokumentere hvilke problemstillinger de jobber med. Arbeidet må igangsettes i september 2007, og ansvarlig for er ledende helsesøster.

3.3 Informasjons og opplysningsarbeid - primærforebygging:

Det å utvikle god informasjons- og opplysningsvirksomhet vil være viktig for det forebyggende arbeidet. Den bør rette seg mot befolkningen generelt, i tillegg til brukergruppen og deres pårørende.

Kunnskap er med og endrer holdninger og sikrer mer adekvate reaksjoner når psykisk lidelse rammer en i familien, venn eller kollega.

Pressen brukes for å informere om tjenesten og nye tiltak i Nærøy. Det er da lagt vekt på at det kommunale psykiske helsearbeidet er et lavterskeltilbud, der det er mulig å henvende seg direkte, uten henvisning fra lege. Erfaringene etter presseoppslag er at personer tar kontakt.

Videre kan kommunens informasjonsside i lokalavisa Ytringen brukes.

Det er utarbeidet en informasjonsbrosjyre om Psykisk Helsearbeid i Nærøy kommune og om lokallaget av Mental Helse. De legges ut ved offentlige kontorer, skoler og deles ut til lag og foreninger. I tillegg legges brosjyrene ut på kommunens hjemmeside.

Brosjyrene må oppdateres jevnlig.

Verdensdagen for psykisk helse markeres hvert år i et samarbeidsopplegg mellom Vikna og Nærøy kommune. Markeringa går over flere dager. I Nærøy kommune inviteres barnehager, skoler og andre instanser (avhengig av tema for dagen) til å delta sammen med Mental Helse og psykiatritjenesten i kommunen. Det er arrangement i skolene og barnehagene, på ungdomsskolen vises blant annet årlig en

film med tema om psykiatri. Hvert år har en et stort arrangement på kveldstid der en inviterer ressurspersoner til å snakke om tema for dagen i tillegg til at det er kulturinnslag. Mange har et bevisst ansvar for å få fram informasjon og opplysning om psykisk helse på denne dagen. Media har fulgt opp godt med store artikler både før og fra arrangementene. En opplever at slike arrangement er med og gir større åpenhet rundt psykiske lidelser.

Kommunens hjemmesider på data brukes også til å informere.

Kommunen har en god del opplysningsmateriell om psykiske lidelser som bør brukes i forhold til brukere, pårørende og støttekontakter og annet hjelpepersonell, for å øke kunnskapen om de forskjellige lidelsene.

Informasjonsarbeid er en kontinuerlig prosess. Det arbeidet som utføres i dag må videreføres og utvikles.

3.4 Samarbeidstiltak i kommunen i dag:

Det foregår mye samarbeid innad i helse- og sosialavdelingen, med andre etater og med 2. linjetjenesten, både på enkeltsaker, i kurs/opplæringsammenheng og i samarbeidsteam.

Betydningen av et samarbeid mellom etatene i kommunen, mellom kommuner og sykehustjenestene, blir understreket som avgjørende for at tjenesten skal fungere hensiktsmessig.

I Nærøy har vi følgende samarbeidsfora i dag:

3.4.1 Samarbeidsteam for barn og unge – er et tverrfaglig team der målsettingen er å samle fagressursene i kommunen for å styrke hjelpetilbudet. Barnevernet, helsestasjon, PPT treffes 1 gang pr. mnd. Det drøfter enkeltsaker, enten anonymt eller åpent.

Teamet oppleves som nyttig.

3.4.2 Samarbeidsteam psykiatritjenesten for voksne og barn

1 gang pr. mnd møte helsestasjon og konsulentene i psykiatritjenesten for diskutere og samordne felles saker. Dette oppleves som nyttig. En ønsker å utvide gruppen slik at barnevernet møter fast.

3.4.3 POSOM-gruppe – utgjør kommunens ekstraordinære psykososiale støttetjeneste som skal settes inn i en akutfase, og tidlig oppfølgingsfase, ved katastrofer, ulykker og kriser.

(Se egen plan)

POSOM-gruppen er en del av kommunens beredskapssystem for katastrofehåndtering.

Medlemmene i POSOM-gruppen representerer ulike faggrupper, og basisgruppen består av helsesøster, psykiatrisk sykepleier, sykepleier, lege, prest, politi og sosionom. I tillegg kan gruppen knytte til seg nøkkelpersonell som er valgt ut fra yrkesprofesjon og personlig egnethet.

Gruppens målsetting er å gi hjelp til bearbeiding og mestring gjennom emosjonell førstehjelp i situasjoner der den psykiske påkjenningen for enkeltpersoner, familier eller lokalmiljø bør bearbeides i samarbeid med personell som kan konsentrere seg om denne oppgaven. Ved å gå inn i akutfasen kan en få bearbeidd en opplevd krise, slik at en kan unngå eller mildne senskader. Dette tjenestetilbudet har en viktig forebyggende karakter.

Teamet har vært brukt ved mange anledninger, og erfaringene er gode.

Utfordringer:

Her vises til punkt om organisering av psykiatritjenesten i kommunen og til punkt om samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

3.5 Kompetanse

3.5.1 Kompetanse innenfor feltet tjenester for voksne:

Nærøy kommune har pr. i dag 2 ansatte med videreutdanning i psykisk helsearbeid 20 vt. Det gjelder en ansatt i konsulentstilling 1 og en ansatt i hjemmesykepleien. I tillegg er sosionom ansatt i konsulentstilling 2 i ferd med å ta videreutdanning i psykisk helsearbeid.

En av de psykiatriske konsulentene har i tillegg videreutdanning i veilednings- og konsultasjonsmetodikk.

En av de psykiatriske konsulentene har deltatt på etterutdanning i ”selvmordsforebyggende arbeid”.

Videre har de deltatt på kurs i depresjonsmestring for å kunne gjennomføre og lede KID-kurs.

Kommunen har 12 hjelpepleiere med videreutdanning i psykiatri. Videre er 4 hjelpepleiere i ferd med å ta slik videreutdanning nå.

2 ansatte i Nærøy kommune har tatt Seprep-utdanning om psykoser.

4 av deltakerne i POSOM-gruppa har deltatt på kurs i POSOM-arbeid.

I tillegg kommer mindre kurs innenfor fagfeltet, både internt og eksternt.

Konsulentene i psykiatritjenesten gir generell veiledning og veiledning på enkeltsaker for ansatte i åpen omsorg og tiltak for funksjonshemmede. Dette oppleves som et nyttig kompetansehevende tiltak.

3.5.2 Kompetanse innenfor feltet tjenester for barn:

5 ansatte innenfor barnevern, skole og PPT har deltatt i tverrfaglig og tverretattlig etterutdanning (5vt) i ”Barn av psykisk syke foreldre”.

Barnevernansatt, samt ansatt i PPT, har utdanning i og praktiserer foreldreveiledningsmetoden PMTO. Helsesøster og hjemkonsulent har utdanning i BAPP-metoden som går ut på å drive gruppearbeid overfor barn med psykisk syke foreldre.

Helsestasjonene i Leka, Vikna og Nærøy har felles veiledning med psykolog ved BUP Kolvereid 1 dag pr. mnd.

Utfordringer:

Fiskarbyen bofelleskap har som mål å øke kompetansen med 1 høgskoleutdannet ansatt med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Åpen omsorg har behov for å øke kompetansen innen feltet rus, og ser for seg videreutdanning for ansatt med høgskoleutdanning.

Videre er det ønskelig å øke kompetansen i brukermedvirkning både for brukere og ansatte.

Det kommer en ny videreutdanning om barn og unges psykiske helse fra høsten 2008. Det er ønskelig at ansatte ved skole, helsestasjon, barnevern og/eller barnehage deltar.

PMTO terapeutene skal utdanne ansatte i barnehage, skole, helsestasjon, barnevern og PPT til PMTO rådgivere.

Når det gjelder behovet for kompetanse kan kommunen diskutere det med utdanningsinstitusjonene (videregående skole, høyskole og etterutdanningsnettverket), som vil være behjelpelig med å legge til rette for utdanning, etterutdanning og kurs.

Tiltak som er nevnt over er med i kommunens kompetanseplan.

3.6 Brukermedvirkning:

Brukermedvirkning er sentralt i kommunens behandlings- og omsorgsideologi, og skal prege alt arbeid innen psykisk helsearbeid. Det er en holdning vi har i møte med brukerne.

I september 2003 ble det stiftet et lokallag av **Mental Helse for Nærøy og Vikna**. Det at personer med psykiske lidelser i Nærøy er organisert i en egen brukerorganisasjon er viktig med tanke på brukermedvirkning. For å delta på et mer overordnet nivå i utforming av tjenestene, er det viktig at gruppen er organisert, og kan velge sine representanter.

Laget er aktivt, og det har vært en god økning i medlemstallet. Blant annet deltar 2 representanter i arbeidsgruppen som er oppnevnt i forbindelse med rulleringen av psykiatriplanen. De arrangerer månedlige hyggetreff for medlemmene og de arrangerer turer. Mental Helse deltar aktivt i planlegging og gjennomføring av Verdensdagen for psykisk helse.

Det er også stiftet et ungdomslag av Mental Helse. Pr i dag har de ikke så mange medlemmer, men de har jevnlige møter.

Brukere, eller grupper av brukere, blir tatt med ved utforming av egne tilbud eller gruppetilbud de deltar i. Ved dagtilbudet er det faste brukermøter en gang pr.mnd.

Det er blitt utarbeidet en felles mal for individuelle planer for Namdal sykehus og kommunene. Det er avholdt kurs i bruk av denne planen.

Nærøy kommune bruker individuelle planer i forhold til mange brukere som ønsker det, og der det er behov for koordinerte tiltak fra flere tjenester.

En opplever at det kan være et nyttig hjelpemiddel for de som er friske nok til å tenke mål og konkrete tiltak. For de fleste som er alvorlig psykisk syke tar det imidlertid lang tid å få til en god prosess i arbeidet med individuell plan. I og med at dette skal være brukerens plan er det viktig å bruke nødvendig tid, slik at ikke hjelpeapparatet lager planer som brukerne ikke er fortrolige med og ikke ser nytten av.

Ansvarsgrupper brukes også i mange saker der flere aktører er inne i saken. Også her kan enkelte brukere oppleve det vanskelig å forholde seg til grupper. Da fungerer konsulentene som koordinatorene, og forholder seg til alle hjelpeinstanser sammen med brukeren.

Nærøy kommune har **Råd for funksjonshemmede**. Rådet har 2 politisk valgte medlemmer og pr. i dag 1 medlem fra diabetikerforbundet og 1 medlem fra handikapforbundet. Disse velges for kommunevalgperioden. Rådet har egen sekretær. Rådet får ikke så mange saker. De sakene de får fra kommunen gjelder utbyggingssaker. Psykiatri er ikke representert i dette forumet pr. i dag. Det bør jobbes for at Mental Helse blir representert i Råd for funksjonshemmede ved neste kommunevalg.

Utfordringer:

Brukere og ansatte i psykiatritjenesten har fått orientering fra Mental Helse sentralt om metoden "Bruker-spør-bruker".

Denne undersøkelsen bør gjennomføres i Nærøy kommune. Det er ønskelig at den blir utført etter at nytt NAV-kontor har fungert en periode, da denne nye samordnende tjenesten vil være viktig for personer med psykiske vansker.

3.7 Økonomiske rammer:

I opptrappingsperioden for psykisk helse gjelder ut 2008. Øremerka tilskudd utbetales siste gang i 2008, og vil utgjøre ca. kr. 4,265 mill.kr. Fra 2009 vil midlene til psykisk helsearbeid komme som en del av rammetilskuddet.

Kommunen vil også få skjønnsmidler ut fra hvor mange særlig ressurskrevende brukere kommunen har. Det er vanskelig å anslå størrelsen på dette tilskuddet.

Ordningen med tilskudd til omsorgsboliger er utgått. Det er varslet en ny ordning med stimuleringsstilskudd fra 2008. Det er tenkt å fange opp behov for nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser.

Personer med psykiske lidelser omfattes også av Husbankens ordninger med etableringstilskudd og startlån til bygging, kjøp eller utbedring av egen bolig. Vider kommer de inn under bostøtteordningen. Også kommunen kan søke om etableringstilskudd og husbanklån til oppføring av utleieboliger til grupper med særskilte behov.

Forholdsmessig fordeling av tilskuddsmidlene mellom barn/ungdom og voksne.

Fra statens side er det anbefalt at kommunene bør bruke minst 20 % av tilskuddsmidlene til forebyggende og psykososiale tiltak for barn og ungdom.

For 2007 brukes følgende midler i forhold til barn og unge:

Lønnskostnader helsestasjon (140%) kr 609.000

BAPP kr 10.000

PMTO/MST kr 87.000

Støttekontakt kr 55.000

(tiltakene BAPP, PMTO og MST blir beskrevet senere i planen).

Tilskuddet for 2007 utgjør kr.3.718.720. 20 % av dette er kr. 744.000. Tiltak som vist over utgjør kr 761.000.

4.0 KONKLUSJONER

4.1 Nye tiltak

Følgende tiltak er foreslått gjennomført:

Tiltak	Gjennomføring	Ansvar
Det igangsettes prosess med tanke på å endre organiseringa av det psykiske helsearbeidet i kommunen. Målet er å bedre samordningen av tjenestene, avklare ansvar, finne felles verdigrunnlag.	Oppstart september 2007 Avsluttes mars 2008	Helse- og sosialsjef
Konsulent 1 i psykiatritjenesten tillegges funksjon som adresse og koordinator av tjenesten.	Umiddelbart	Helse- og sosialsjef
Stilling som faglig leder av Fiskarbyen bofellesskap ansettes	Høst 2007	Enhetsleder foreb. og kurative tj.
Ta i bruk datasystem for dokumentasjon og kvalitetssikring av tjenestene – psykiatritjenesten / helsestasjon	Oppstart september 2007 Avsluttes desember 2007	Konsulentene i psykiatritjenesten Ledende helsesøster
Planlegging og bygging av samlokaliserte boliger for 6 brukere.	Oppstart planlegging november 2007 Oppstart bygging 2008	Helse- og sosialsjef Bygnings og eiendomssjef
Planlegging og bygging av felles leiligheter for 4 ungdommer.	Oppstart planlegging november 2007 Oppstart bygging 2008	Helse- og sosialsjef Bygnings og eiendomssjef
Opprette stillinger for omsorgspersonell i åpen omsorg tilsvarende 2,5 stilling	1,5 stilling januar 2008 1 stilling januar 2009	Helse- og sosialsjef Enhetsleder hjemmebaserte tj.
Avklare muligheten for leasingavtale for bil	Vår 2008	Helse- og sosialsjef Konsulent 1 i psyk.tjenesten
Utbedre samtalerom/kontor ved dagtilbudet Og leilighet i Fiskarbyen bofellesskap	Høst 2007	Helse- og sosialsjef Bygnings og eiendomssjef
Arbeide videre med utvikling av dagtilbudet.	Kontinuerlig	Konsulent 2 i psyk.tjenesten
Arbeide for å øke antall brukere ved dagtilbudet	Kontinuerlig	Konsulentene i psyk.tjenesten

Arbeide for å gi personer med psykiske lidelser arbeid. Nærøy kommune har et spesielt ansvar her.	Kontinuerlig	Rådmann/ordfører Helse- og sosialsjef Konsulentene i psyk.tjenesten
Arbeide for å utvikle forholdet til spesialisthelsetjenesten.	Kontinuerlig	Enhetsledere Konsulentene i psyk.tjenesten Alle ansatte
Bruke spesialisthelsetjenesten til opplysningsarbeid for brukere/pårørende og ansatte i kommunen	Kontinuerlig	Konsulentene i psyk.tjenesten
Igangsette arbeidet med å opprette Familiesenter	Oppstart januar 2008	Helse- og sosialsjef
Utvikle tilbud om familierådgivning og samlivskurs ved helsestasjon	Høst 2007	Ledende helsesøster
Gi informasjon og opplysning om psykiske lidelser og det kommunale tjenestetilbudet gjennom bruk av media, brosjyre, temamøter, kommunens hjemmeside og kommunens informasjonsside i Ytringen	Kontinuerlig	Konsulentene i psyk.tjenesten
Videreføre arbeidet med markering av Verdensdagen for psykisk helse	Kontinuerlig	Konsulentene i psyk.tjenesten
Utvikle det tverrfaglige samarbeidet i kommunen og med spesialisttjenesten gjennom funksjonelle team	Kontinuerlig	Enhetsleder foreb. og kurative tj. Konsulentene i psyk.tjenesten
Legge til rette for videreutdanning av høgskoleutdannede innen psykisk helsearbeid for voksne, for barn og unges psykiske helse og rusomsorg.	Kontinuerlig	Helse- og sosialsjef Enhetsledere
Videreføre veiledning internt i kommunen, og veiledning fra spesialisthelsetjenesten.	Kontinuerlig	Konsulentene i psyk.tjenesten Enhetsledere
Gjennomføre kurs og internundervisning for ansatte, deriblant utdanning av PMTO-rådgivere	Kontinuerlig	Konsulentene i psyk.tjenesten Avdelingsledere
Videreutvikle brukermedvirkning. Gjennomføre kurs i brukermedvirkning	Kontinuerlig	Konsulentene i psyk.tjenesten Mental Helse Enhetsleder foreb. og kurative tj.
Gjennomføre brukerundersøkelsen "Bruker-spør-bruker"	I løpet av 2009	Helse- og sosialsjef Enhetsledere

		Konsulentene i psyk.tjenesten
--	--	-------------------------------

4.2 Økonomiske konsekvenser

4.2.1 Investeringer:

I revidert psykiatriplan er det planlagt samlokalisert bolieger for 6 + 4 boliger for psykisk syke personer. En av disse er tenkt som enhet for yngre brukere. Vi vil også vurdere muligheten for at enkelte av leilighetene kan tilrettelegges som selveier- leiligheter for denne brukergruppen.

Boenhetene vil inneholde fellesareal og de er tenkt bemannet av hjemmebasert tjeneste, derfor styrking av denne tjenesten i planperioden.

Økning i behov for antall boliger i denne planen kontra forrige plan er basert på økt antall brukere under siste kartlegging, noe som også er en nasjonal erfaring.

Boenhetene planlegges bygd i området mellom DPS (helseforetaket) og Sjøsidens omsorgsboliger.

Vi beregner leiligheter på ca 60 m² med en kostnad på ca 20.000,- m². Vi kan søke Husbanken om investeringstilskudd i 2008, men retningslinjene er enda ikke utformet.

Investeringskostnadene vil for 10 boenheter vil utgjøre kr. 12.000.000,- .

4.2.2 Driftsutgifter (hovedtall):

TILTAK	DRIFTSKOSTNAD			
	2007	2008	2009	2010
Personale til omsorgstjenester 2, 5 årsverk 435.000,- x 2,5		652 500 (1,5 ÅRSVERK)	1 087 500 (2,5 ÅRSVERK)	1 087 500
Psyk helsearb. helsestasjon	609 000	609 000	609 000	609 000
Driftsutgifter bokollektiv.	5 700 000	5 600 000	5 600 000	5 700 000
Dagtilbud.	304 000	304 000	304 000	304 000
Støttekontakter	120 000	120 000	120 000	120 000
PMTO, BAPP	97 000	120 000	120 000	120 000
Veiledning, kompetanseheving	160 000	260 000	260 000	60 000

Psyk helsearb, støttesamtaler. koordinering,	602 000	696 000	696 000	696 000
SUM KOSTNADER	7 592 000	8 361 500	8 796 500	8 696 500
- Statstilskudd psykisk helsevern	3 718 720	4 264 966	Rammetilsk	Rammetilsk
- Evt. tilskudd ressurskrevende brukere.	1 200 000	1 200 000	1 400 000	1 400 000
SUM OVERFØRINGER	4 918 720	5 464 966		
Differanse mellom statlige overføringer og utgiftene.	- 2 673 280	- 2 896 534		

Personellbehovet til omsorgstjenestene mener vi er nøkternt satt opp. Likevel gir det et stort sprik mellom utgiftene og de statlige tilskuddene.