



VERDAL KOMMUNE

PLAN FOR PSYKISK HELSE 2007 - 2011



Livets dans

E. Munch

INNHold

DEL I.....	4
1 INNLEDNING	4
1.1 Behov for Helhetlig plan for psykisk helse.....	4
1.2 Prosjektplan og mandat.....	4
1.3 Gjennomføring av planarbeidet.....	5
2 MÅLSETTINGER.....	6
2.1 Statlige målsettinger.....	6
2.2 Kommunale målsettinger.....	6
3 FORUTSETNINGER FOR PLANEN.....	7
3.1 Kommunale planer.....	7
3.2 Lover og forskrifter.....	8
3.3 Organisering.....	8
3.4 Økonomi.....	10
3.4.1 Disponering av psykiatrimidler 2006.....	10
3.4.2 Økonomisk handlingsrom.....	11
DEL II	12
4 TILTAKSPLAN:.....	12
4.1 Tiltak med økonomiske konsekvenser:.....	12
4.2 Kompetansehevede tiltak – økonomiske konsekvenser.....	14
4.3 Tiltak med kapasitetsmessige (ikke økonomiske) konsekvenser:.....	16
4.4 Finansieringsplan.....	21
DEL III.....	22
5. STATUS.....	22
5.1 Tjenester i f.h.t. barn og unge.....	25
5.1.1 Ressurssenter oppvekst.....	25
5.1.2 Helsestasjon.....	25
5.1.3 PP-tjenesten.....	26
5.1.4 Logopedtjenesten.....	27
5.1.5 Barneverntjenesten.....	27
5.1.6 Ungdomskontakten.....	27
5.1.7 Barnehager og skoler.....	28
5.2 Tjenester i f.h.t. voksne.....	29
5.2.1 Legetjenesten.....	29
5.2.2 Rus- og psykiatritjenesten.....	29
5.2.3 Fengselshelsetjeneste.....	30
5.2.4 Hjemmebaserte tjenester.....	30
5.2.5 Flyktningetjenesten.....	31
5.2.6 Ergo- og fysioterapitjenesten.....	32
5.2.7 NAV.....	32
5.3 Sysselsettings- og aktiviseringstilbud.....	33
5.3.1 Kontakten dagsenter.....	33
5.3.2 Arbeid og sysselsettingsgruppe.....	33
5.3.3 Friluftsgruppa Homla.....	34
5.3.4 No 26 Akkar'n.....	34
5.3.5 "Inn på tunet" (tidligere kalt Grønn omsorg).....	34
5.3.6 Aktivitetstilbud for eldre ved bo- og helsetunene.....	34
5.3.7 Dagtilbudet for funksjonshemmede.....	35
5.3.8 Verdal ASVO.....	35
5.3.9 Kulturtjenesten.....	35
5.3.10 Støttekontakter.....	35
5.4 Rusrelaterte tiltak.....	35
5.4.1 Rusprosjektet.....	36
5.4.2 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).....	36
5.4.3 Urinprøvetaking.....	36
5.5 Boligsituasjonen i kommunen/utbyggingsaker.....	36
5.5.1 Inntaksnemda.....	37
5.5.2 Bo- og helsetunene.....	37
5.5.3 Omsorgsboliger / trygdeboliger.....	37
5.5.4 Bofellesskap Kvisla og Reinsholm.....	37

5.5.5	Booppfølgingstjeneste.....	38
5.6	Spesialisthelsetjenesten.....	38
5.7	Kvalitetsarbeid og internkontroll.....	38
5.8	Brukermedvirkning.....	39
DEL IV.....		40
6	VURDERING AV VIKTIGE UTFORDRINGER.....	40
6.1	Vurdering av viktige utfordringer i forhold til barn og unge.....	40
6.1.1	Barn med foreldre i 2 hus.....	41
6.1.2	”Gråsonerbarn”.....	41
6.1.3	Flyktninger.....	42
6.1.4	Mobbing.....	42
6.1.5	Gravide og unge mødre.....	43
6.1.6	Barn av psykisk syke og / eller rusmisbrukende foreldre.....	44
6.1.7	Bruk av rusmidler blant barn og unge.....	45
6.1.8	Spiseforstyrrelser, selvsykdom og selvmord.....	46
6.1.9	Læringsmiljø og lærevansker.....	47
6.1.10	Angst, depresjon og atferdsvansker.....	47
6.1.11	Foreldrefravær.....	48
6.1.12	Barn som blir utsatt for omsorgssvikt, mishandling og/eller seksuelle overgrep.....	49
6.1.13	Barn med funksjonshemming.....	49
6.2	Vurdering av viktige utfordringer i f.h.t. voksne.....	50
6.2.1	Eldre med psykiske lidelser.....	50
6.2.2	Lettere psykiske lidelser.....	51
6.2.3	Flyktninger og psykiske problem.....	52
6.2.4	Psykisk syke foreldre.....	53
6.2.5	Rusarbeid.....	53
6.2.6	Kronisk syke/fysisk funksjonshemmede og psykiske lidelser.....	54
6.2.7	Mennesker med psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser.....	55
6.2.8	Fattigdomsproblematikk.....	55
6.2.9	Spilleavhengighet.....	56
6.2.10	Alvorlig psykisk syke.....	56
6.2.11	Familievold.....	57
6.2.12	Arbeid og aktivitet.....	58
6.2.13	Sorg og livskriser.....	59
6.3	Brukermedvirkning.....	59
6.4	Samhandling.....	61
6.4.1	Individuelle planer / ansvarsgrupper.....	62
6.4.2	Nettverk.....	63
6.4.3	Avtaler på systemnivå.....	63
6.4.4	Koordinerende enhet.....	64
6.5	Krisehåndtering.....	64
6.6	Fleksibel organisasjon.....	65
7.	DISPONERING AV STATLIGE PSYKIATRIMIDLER.....	65
7.1	Organisering og rutiner.....	65
7.2	Satsningsområder.....	66
8.	EVALUERING OG RULLERING.....	66

DEL I.

1 Innledning

1.1 Behov for Helhetlig plan for psykisk helse.

Det har skjedd store endringer med tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser de siste 25 årene. Institusjonskapasiteten i spesialisthelsetjenesten er bygget kraftig ned, mens lokalbaserte tilbud og poliklinisk virksomhet er bygget opp. Dette har ført til behov for nye samarbeidsmodeller og ny kompetanse både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Dette har vært et prioritert satsningsområde fra staten, og Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 (St.prp. nr. 63) har vært styrende for dette arbeidet.

Verdal har hatt egen plan for psykisk helsearbeid siden 1997. Den siste gjaldt fra 2004 til 2006. Gjennom planen utarbeides strategier for hvordan utfordringer skal løses, hovedlinjene for det psykiske helsearbeidet i planperioden fastsettes og det skjer en prioritering av ressursinnsatsen.

Kommunen mottar øremerkede tilskudd for å kunne sikre og ivareta dette arbeidet.

De øremerkede tilskuddene vil bli lagt inn i rammetilskuddene fra 2009.

Statlige myndigheter forutsetter at kommunene har planer for det psykiske helsearbeidet. De forutsetter også at planene skal inngå som en del av kommunenes ordinære planarbeid.

I Verdal kommune er det vedtatt at planen skal være et vedlegg til økonomiplanen, samt at den skal gjelde fra 2007 – 2011.

Rådmannen har satt sammen en tverrfaglig og sektorovergripende gruppe med brukerrepresentasjon, for å utarbeide planen.

Planen skal som sagt være et vedlegg til økonomiplanen, og det er et mål at den skal samsvare med kommunens øvrige planer som berører feltet. På de områder hvor kommunen har vedtatt andre planer, vil denne planen være mindre utdypende.

Det er et vidt fagfelt, med sammensatte og omfattende problemstillinger.

Mange tiltak er iverksatt og krever kun tilpasning/videreføring. Andre områder fordrer både planlegging, konkretisering og samordning før gjennomføring av tiltak.

1.2 Prosjektplan og mandat.

Målet for prosjektet er å utarbeide en helhetlig plan for psykisk helse for Verdal kommune 2007 – 2011, slik at kommunen og samarbeidspartnere bidrar til å fremme selvstendighet og tilhørighet, samt å styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser.

Mandatet for prosjektet er:

1. Lage en prosjektplan som viser hvordan prosjektet vil arbeide for å løse oppgaven sin.
2. Utarbeide en oversikt over de viktigste utfordringene og utviklingstrekk i Verdal kommune i perioden 2007-2011 når det gjelder psykisk helse.
3. Foreslå tiltak som bidrar til mest mulig normalisering av hverdagen for psykisk syke barn, ungdom og voksne, herunder personer med samtidige psykiske lidelser og rusproblemer.
4. Legg spesielt vekt på følgende forhold for voksne; Bolig, arbeid, meningsfulle dag- og kveldsaktiviteter, kultur og fritidsaktiviteter.

5. Legg spesielt vekt på følgende forhold for barn og ungdom; Primær- og sekundærførebyggende tiltak, kultur- og fritidstiltak, avlastning.
6. Utarbeid konkret handlingsplan som et vedlegg til Økonomiplanen for 2007-2010 og 2008-2011. Den skal inneholde samlet kostnadsoverslag for tiltak/tjenester, herunder andel dekket av anslått øremerkede tilskudd over Opptrappingsplanen.
7. Beskriv samarbeid som er nødvendig for å løse oppgavene, inkludert rutiner for dette der det er hensiktsmessig.
8. Legg spesielt vekt på brukermedvirkning og systematisk tilbakemelding fra brukerne.
9. Planen skal presenteres i form av rapport til prosjektansvarlig innen 15. desember.

Organisering av prosjektet:

Oppdragsgiver: Rådmann Rudolf Holmvik
 Prosjektansvarlig: Inger Marie Bakken
 Prosjektleder: Harald Myrvang

Prosjektgruppe:

Navn	Rolle/ansvar
Harald Myrvang	Prosjektleder
Grethe Ekseth	Prosjektmedarbeider/sekretær
Heidi Vangstad Størseth, Mental helse	Prosjektmedarbeider
Evelyn Nervik, Mental helse	Prosjektmedarbeider
Jan Arve Strand	Prosjektmedarbeider
Kristmar Selseth	Prosjektmedarbeider
Brit Kverkild	Prosjektmedarbeider
Inga Astrid Hildrum	Prosjektmedarbeider
Berit Hakkebo	Prosjektmedarbeider
Kristin Gomo Hallem	Prosjektmedarbeider
Inger Marie Hynne Kvaal	Prosjektmedarbeider
Turid Krizak	Prosjektmedarbeider fra 1.11.06

1.3 Gjennomføring av planarbeidet.

Det er et omfattende mandat med kort tidsfrist. Gruppen har hatt omlag 2 mnd. på arbeidet. Dette gir for liten tid til samtaler med de ulike instanser rundt i organisasjonen og til å gjennomføre skikkelige drøftinger innad i plangruppen.

Gruppen har hatt 9 møter. Alle gruppemedlemmene har hatt skriveoppgaver i f.h.t. planen.

Så langt det har latt seg gjøre ut fra tidsperspektivet har alle i gruppen hatt anledning til å komme med innspill og vært med på drøftinger vedrørende det nedskrevne materialet. Del IV som omhandler viktige utfordringer fremover er blitt spesielt vektlagt.

15.12.06 var den opprinnelige tidsfristen for levering av planen. Den ble svært vanskelig å overholde, så prosjektansvarlig utvidet leveringsfristen til 01.01.07. Men det ble nødvendig å gå noen uker utover denne fristen også.

2 Målsettinger.

2.1 Statlige målsettinger.

Det vises til *Veileder vedrørende Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene* utgitt av Sosial- og helsedirektoratet:

Veilederen definerer Psykisk helsearbeid i kommunene som 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 (s.7).

De første årene av opptrappingsplanen ble det lagt stor vekt på strukturelle mål som antall fagpersonell, boliger, dagsenter, m.v. Dette er fremdeles viktige områder som må videreutvikles. Men disse målene forteller lite om kvalitet, innhold og resultater for den enkelte bruker av tjenestene. Direktoratet – i samarbeid med berørte parter – har konkretisert 8 hovedutfordringer vedrørende det videre arbeid med psykisk helse:

- Forebygging
- Mestring
- Tilgjengelighet
- Samhandling
- Brukermedvirkning
- Faglig innhold i tjenestene
- Kunnskap og tillit
- God ressursutnyttelse.

En lignende veileder skal utarbeides i f.h.t. barn og unge også, men den ferdigstilles først i 2007.

Det er et krav fra statlige myndigheter at minst 20 % av de øremerkede midlene skal gå til barn og unge. Midlene skal nyttes til forebygging, behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske vansker og lidelser. Målet er å avdekke tidlig skjevutvikling og å komme inn med tiltak tidlig.

2.2 Kommunale målsettinger.

Verdal kommune bygger på følgende verdigrunnlag: Respekt, Omsorg, Lojalitet, Likeverd, Ærlighet og Rettferdighet.

Verdal kommunes styringskort har følgende mål:

- Overordnet tjenestemål: Effektiv tjenesteyting for innbyggere og næringsliv – økt forebygging.
- Resultatmål for 2007: Minst 1 nytt forebyggende tiltak og økt ressursinnsats på forebygging med 5 % i forhold til kartlagt resultat 30.04.06.

Verdal kommune prioriterer følgende fire hovedmålsettinger for arbeidet med psykisk helse i Verdal kommune for kommende planperiode:

- Forebygging.
Dette er alt arbeid for å redusere sykdom, skader, sosiale problemer og dødelighet. Det forebyggende arbeidet må spesielt rettes mot barn og unge som lever med risiko for eller er i ferd med å utvikle psykososiale vansker. Alle instanser som møter og ser barna i hverdagen er sentrale i dette arbeidet.
- Brukermedvirkning.
Gjensidig respekt og god kommunikasjon er grunnleggende for en likeverdig dialog og en forutsetning for brukermedvirkning. Kommunen må legge til rette for møter og dialog mellom bruker, pårørende, brukerorganisasjoner og tjenesteapparatet.
- Samhandling.
For å kunne møte brukernes ofte sammensatte behov og for å kunne yte kvalitativt gode tjenester, må samhandlingskompetanse styrkes og arenaer for samhandling opprettes.
- Mestring.
Kommunen må bidra til å fremme den enkeltes selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Fokus må ligge på forutsetninger og muligheter. I dette ligger tilgjengelighet til tjenester, muligheter til en meningsfull hverdag og reell medbestemmelse.

Ingen av virksomhetsområdenes styringskort for 2006 har tatt for seg psykisk helse spesielt.

3 Forutsetninger for planen.

Kommunen mangler en systematisk evaluering av tilskuddsordninger vedrørende psykisk helsearbeid siste år. Ut fra tidsaspektet prosjektgruppen har til rådighet, har vi ikke mulighet til å gjøre en helhetlig evaluering før planen skrives. Økonomiplan og budsjett, lover og forskrifter, og statlige mål er førende for planen. Disse kommer vi nærmere innpå her.

3.1 Kommunale planer.

Mange av kommunens planer berører feltet psykisk helsearbeid. Disse er nok de som omhandler feltet i størst grad:

- Økonomiplan 2007 – 2010, med styringskort for det enkelte virksomhetsområde.
- Plan for psykisk helse ble rullert i 2004 og gjelder ut 2006.
- Helhetlig pleie- og omsorgsplan. Den er ny og gjelder frem til og med 2009.
- Ruspolitisk handlingsplan. Ny 2006 og gjelder ut 2008.
- Plan for Kvalitetsutvikling i oppvekstsektoren 2005 – 2008.
- Strategiplan for oppvekstsektoren 2006 – 2008.
- Kompetanseutviklingsplan for helse, sosial, pleie- og omsorg. Den rulleres årlig.
- Boligsosial handlingsplan. Den ble utarbeidet i 2004 og gjelder ut 2009.
- Plan for tverrfaglig forebyggende satsning på barn. Under utarbeidelse i 2006.
- Psykiatriplan 2006 vedr. statlige opptrappingsmidler, Innherred samkommune.

3.2 Lover og forskrifter.

Som tidligere nevnt er psykisk helsearbeid et stort og vidt område, og det styres/berøres av en lang rekke lover og forskrifter. De viktigste er:

- Lov om helsetjeneste i kommunene (kommunehelsetjenesteloven)
- Lov om sosiale tjenester mv (sosialtjenesteloven)
- Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)
- Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven
- Lov om spesialisthelsetjeneste (spesialisthelsetjenesteloven)
- Lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven)
- Opplæringsloven
- Lov om barnevernstjenester
- Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Forskrift om miljørettet helsevern

3.3 Organisering.

Dagens organisering er et resultat av omstillingsprosjektet ”ny struktur”, som ble iverksatt 01.01.03. Kommunen reduserte fra 46 til 16 virksomhetsområder. Den grunnleggende tanken bak denne organiseringen er selvstyrte virksomhetsområder og resultatansvarlige virksomhetsledere.

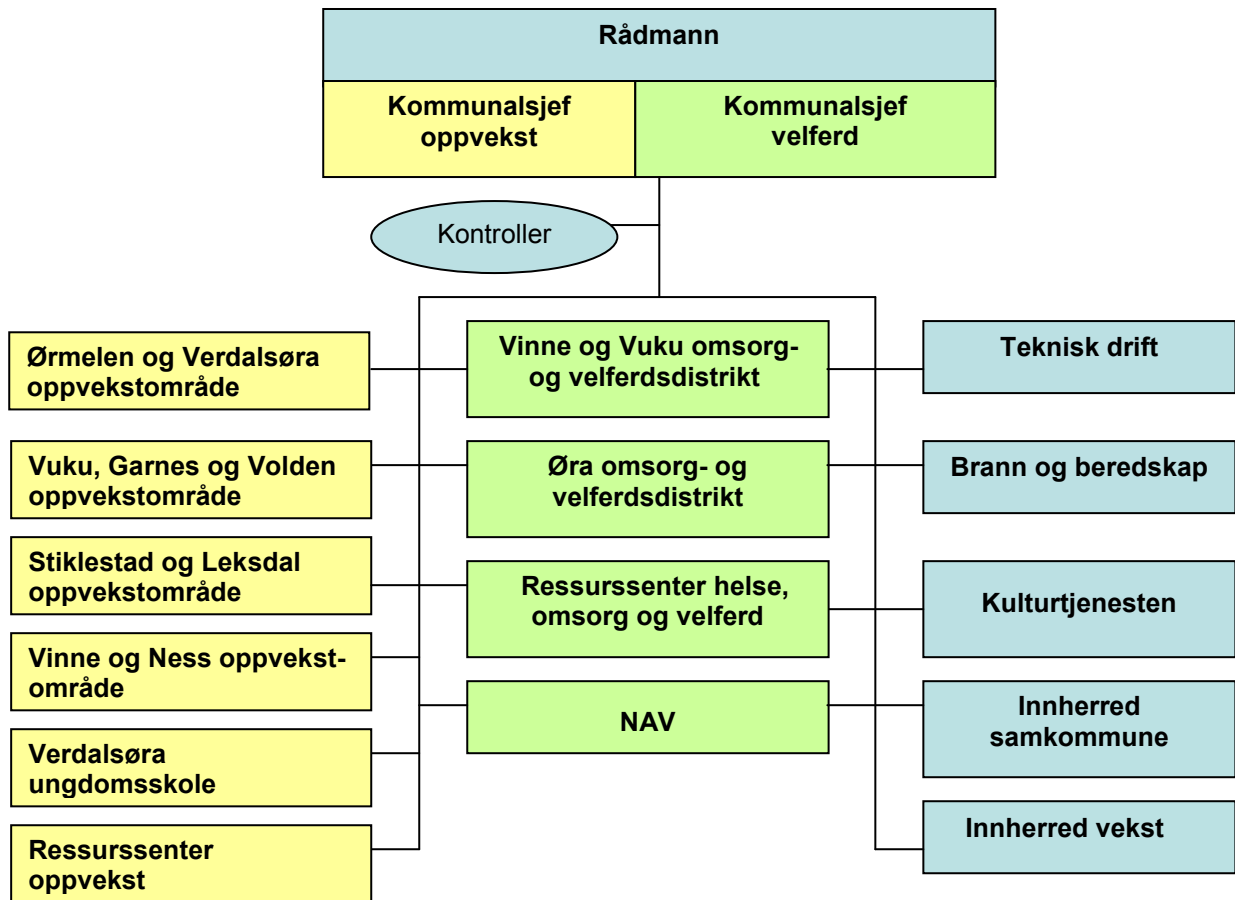
01.02.04. ble Innherred samkommune (ISK) etablert. Enhetene Helse og rehabilitering og Barn og familie var blant de enhetene som ble lagt til samkommunen.

Etter midtveisevalueringen av ISK, ble det besluttet å tilbakeføre disse to enhetene til morkommunene igjen.

I 2006 har kommunen gjennomført et forprosjekt for bl.a. å se på antall virksomhetsområder, vurdere Verdal kommunes organisasjon i f.h.t. lokalt NAV-kontor, som ble etablert som nasjonal pilot 01.10.06, og vurdere organiseringen av enhetene som tilbakeføres fra ISK.

Den administrative hovedstruktur som ble foreslått i dette forprosjektet ble vedtatt i kommunestyret 02.10.06, og vil være gjeldende fra 01.01.07.

Det nye organisasjonskartet er slik:



Innholdet i de nye ressursentrene oppvekst og helse, omsorg og velferd klargjøres i prosjektarbeid som er igangsatt. Rus- og psykiatrikompetansen er besluttet lagt til NAV. Tiltakene som til nå har vært en del av Rus- og psykiatritjenesten (Kontakten dagsenter, Arbeids- og sysselsettingsgruppa og Rusprosjektet) legges til Ressurssenter helse, omsorg og velferd. Det jobbes med å avklare arbeidsformer og grensesnitt opp mot NAV.

3.4 Økonomi

3.4.1 Disponering av psykiatrimidler 2006

FORMÅL	Budsj. 06:	% andel	% stillinger 2006
Tiltak for voksne			
Noas Ark	30 000		
Aktivitør skjermet enhet	85 000		30
Miljøterapeut	631 428		574,65
Styrking tiltak miljøarb. Kvisla	706 572		
Miljøterapeut oms.bolig rus	205 000		50
Styrking rustjenesten	50 000		
Sum Øra PLO	1 708 000	21,4	654,65
Urinlab. Lavterskel	170 000		20,00
Styrking rustjenesten	25 000		7,00
Alderspsykiatri sykepleier	410 000		100,00
Aktivitør demente	85 000		50,00
Sum Vinne PLO	690 000	8,7	177,00
Kompetanseheving	50 000		
Styrking rustjenesten	25 000		
Sum Vuku PLO	75 000	0,9	0,00
Arbeidstrening/sysselsetting	275 000		50,00
Dagsenteret Kontakten	520 129		150,00
Psykiatritjenesten	1 590 000		400,00
Støttekontakter	300 000		80,00
Psykologstilling, delvis besatt	363 000		100,00
Grønn omsorg	437 000		Kjøpt tjeneste
Sosionom	211 859		70,00
Ergoterapeut	55 400		20,00
Rehabiliteringshuset	262 000		100,00
Tilsk. foreningen mot stoff	15 000		
Tilsk. mental helse	15 000		
Sum Helse/rehab.	4 044 388	50,7	970,00
ANDEL VOKSNE	6 517 388	81,8	1801,65
Tiltak for barn			
Tilsk. Homestart 05	75 000		
Sum Helse/rehab.	75 000	0,9	
Utekontakten	700 000		130,00
Sum Kultur	700 000	8,8	130,00
Jordmor	235 160		60,00
Helsesøster	235 160		60,00
Miljøterapeut	177 024		50,00
Samtalegrupper for barn av psykisk syke	30 000		
Sum Barn/familie	677 344	8,5	170,00
ANDEL BARN	1 452 344	18,2	300,00
TOTALSUM 2006	7 969 732	100,0	2101,65
PSYKIATRIMIDLER 2005	7 290 000		
FOND disponert i 2006	679 732		

3.4.2 Økonomisk handlingsrom

Det finnes ingen oversikt over hvor mye midler Verdal kommune bruker på innsats knyttet til psykisk helse i dag. Dette fordi denne type aktivitet i mange tilfeller inngår som en del av et større innsatsområde, og det vanskelig lar seg gjøre å skille ut akkurat den delen som går på psykisk helse. Som det fremgår av del 5 Status, så yter mange av kommunens virksomhetsområder tjenester på området psykisk helse.

I budsjett 2007 er styrking av drift av boliger for mennesker med psykiske lidelser med 0,8 mill kr innen pleie og omsorg i 2006 videreført. I tillegg styrkes bofellesskapet i Vuku over øremerkede statlige midler til psykisk helse. Dette innebærer at opptrapping av psykiatrimidler i 2007 på ca. 1 mill. kr. i sin helhet disponeres av omsorg og velferd.

Videreføringen i 2007 er ikke begrunnet i prioriteringer i psykiatriplan 2004-2006. I 2007 må eventuell ny aktivitet på området psykisk helse skje ved omdisponering av stillinger knyttet til psykiatri. Eventuell omdisponering av stillinger betyr at eksisterende oppgaver må utgå.

I henhold til IS-1 2005 skal minimum 20 % av innsatsen rettes inn mot barn og unge. Som vist i oversikt over disponering av psykiatrimidlene, er andelen midler som er direkte rettet mot denne gruppen i 2006 på 18,2 %. Rus- og psykiatritjenesten omhandler også tjenester til barn og unge. Når denne andelen tas med, vil andelen psykiatrimidler til barn og unge overstige 20 %.

2008 er det siste året med opptrapping av psykiatrimidlene, og opptrappingen i 2008 må i sin helhet disponeres i henhold til prioriteringer i psykiatriplanen for kommunen.

Ut fra et forebyggingsperspektiv er det viktig at andelen psykiske tjenester til barn og unge økes. På kort sikt må dette skje i form av omdisponering av stillinger.

Fra 2009 vil psykiatrimidlene inngå i rammetilskuddet til kommunen. Det vil da være viktig å påse at tjenestenivået i tilknytning til psykisk helse opprettholdes.

Ny aktivitet må fra dette tidspunktet enten finansieres over kommunens ordinære budsjett, eller dekkes ved omdisponering av eksisterende stillinger.

DEL II

4 TILTAKSPLAN:

4.1 Tiltak med økonomiske konsekvenser:

Prioriteri	Tiltak	Tidsrom					Årlig kostnad	Oppfølgings-ansvar	Merknad/henvisning:
		2007	2008	2009	2010	2011			
1	Arbeids- og sysselsettingsgruppa økes via flytting av lønnsmidler (1/2 årsverk).	X					(200 000)	Rådmann	Pkt. 6.2.12. Flytting av ½ stilling og midler fra plan/byggesak til Ressurssenter helse, omsorg og velferd.
2	Utredning/skaffe tilfredsstillende bolig til ca. 10 rusmisbrukere. Enkle, rimelige lavterskel botilbud.	X						Leder Ressurssenter helse, omsorg og velferd (RHOV)	Pkt. 6.2.5. Vil bli en kostnad i investeringsbudsjettet i planperioden.
3	Det opprettes et tverretatlig kriseteam innen 01.01.08.	X					50.000	Kommunelege I	Pkt. 6.5. Liste med navn. Bl.a. kostnad ved utkalling. Dette teamet må ha en link opp mot Barn i krise-gruppa.
4	BAPP-gruppene bør fortsette. Det må avsettes ressurs til BAPP-gruppene.	X	X				150.000	Leder Ressurssenter oppvekst (ROS)	Pkt. 6.1.6. Iverksettes delvis i 2007, ramme kr. 100.000. Økes til 150.000 i 2008.
5	”Sommerglede” bør fortsette. Det må avsettes ressurs til dette.		X				50.000	Leder ROS	Pkt. 6.1.6. Kan videreføres i 2007 ved omprioritering av aktivitet
6	TIGRIS videreutvikles.		X				50.000	Leder NAV	Pkt. 6.2.5.
7	Gi flere gravide og unge mødre tilbud om parkurs og pargrupper. Videreutvikle nettverksgrupper og foreldreveiledningsgrupper for gravide, unge mødre.		X				200.000	Leder ROS	Pkt. 6.1.5. Finansiering må ivaretas av arbeidsgruppe forebyggende satsning barn.

8	Bemanningen ved Kontakten økes med ½ årsverk.		X				200.000	Leder RHOV	Pkt. 6.2.12. Som en midlertidig løsning for 2007 brukes deler av psykologressursen til oppbemanning av Kontakten.
9	Skolehelsetjenesten for minoritets-språklige barn styrkes.		X				40.000	Leder ROS	Pkt. 6.1.3. Tverrfaglighet og arbeid med grupper vurderes.
10	Øke bruken av morsmåslærere/tospråklige assistenter/tolk i barnehager og skoler.		X				50.000	Kommunalsjef oppvekst	Pkt. 6.1.3
11	Presse på for å få opprettet flere godkjente plasser ved Verdal ASVO		X				200 000	Rådmann	Pkt. 6.2.12. 5 plasser
12	Øke antall plasser ”Inn på tunet”.		X				400 000	Leder NAV	Pkt. 6.2.12. Antall brukere avhengig av oppfølgingsbehov
13	Kommunal ressurs på aktiviseringsavdelingene ved institusjonene økes.		X				400.000	Kommunalsjef velferd	Pkt. 6.2.1.
14	Utvidet bruk av miljøterapeut, en økning av tilbudet med ½ stilling.			X			200.000	Leder ROS	Pkt. 6.1 og 6.2.4. Hjelp i heimen i form av veiledning og rådgivning. Tilbudet blir brukt av helsestasjon, barnevern og psykiatri opp mot psykisk syke foreldre og rusmisbrukende foreldre i tillegg til flyktningefamilier.
15	Alle virksomhetsområder innen oppvekst skal ha tilgang til miljøarbeider/-terapeut.			X	X	X	800.000	Kommunalsjef oppvekst	Pkt. 6.1.4. Noe av dette kan hentes ved omprioritering av aktivitet. Kostnadsøkning 2009: 300.000, 2010: 250.000 og 2011: 250.000.
16	Tiltak for rusmisbrukere i ventetid på institusjonsbehandling /LAR-behandling skal opprettes.			X	X		400 000	Leder RHOV	Pkt. 6.2.5. Utreddes i 2008. Evt. investeringskostnader ikke tatt med. Kostnadsøkning 2009: 200.000, 2010: 200.000.
Sum årlig kostnadsøkning (1000 kr.)		150	1640	700	450	250			

4.2 Kompetansehevende tiltak – økonomiske konsekvenser

Prioritering	Tiltak	Tidsrom					Årlig kostnad	Oppfølgings-ansvar	Merknad/henvisning:
		2007	2008	2009	2010	2011			
1	Opplæringstiltak om individuelle planer skal være igangsatt innen 1.4.07.	X					30.000	Leder RHOV	Pkt. 6.4.1. Kostnad gjelder leie av vikarer.
2	Det skal være igangsatt opplæring om basisavtalen med helseforetaket innen 01.04.07.	X					10.000	Leder RHOV	Pkt. 6.4.3. Kostnad gjelder leie av vikarer.
3	Utarbeide plan for kompetanse-heving og -spredning vedrørende barn som utsettes for mishandling og vold. Fullføre plan om seksuelle overgrep.	X					0	Leder ROS	Pkt. 6.1.12 og 6.2.11.
4	Heve kompetansen i f.h.t. ”gråsonebarn”.	X					10.000	Leder ROS	Pkt. 6.1.2. Kostnad gjelder leie av vikarer.
5	Kompetanseheving i tilknytning til utredningsplass alderspsykiatri.	X					10.000	Leder Vinne og Vuku omsorg- og velferdsdistr.	Pkt. 6.2.1.
6	Internundervisning i f.h.t. sorg og livskriser.	X	X	X	X	X	10.000		Pkt. 6.2.13. For alle kommunalt ansatte. Må også omfatte ansatte som jobber med barn og unge. Kostnad til vikarer og foredragsholdere.
7	Innvandrer spesifikk kompetanse i f.h.t. psykisk helse videreutvikles.		X	X			5.000	Leder NAV	Pkt. 6.1.3. Tilbys alle virksomhetsområder. Kostnad gjelder leie av vikarer.

8	Det gjennomføres årlig minst ett tverrfaglig tiltak som hever kompetansen om psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser.		X				10.000	Leder Øra omsorg- og velferdsdistr.	Pkt. 6.2.7. I samarbeid med andre virksomhetsområder.
9	Gjennomføre opplæringsprogram om psykisk helse.		X	X	X	X	10.000	Leder ROS	Pkt. 6.1.4, 6.1.6 og 6.1.10. Pedagogisk personale må få økt sin kompetanse vedrørende tidlige tegn på psykiske vansker.
10	Kompetanseheving om psykisk helse for barn med funksjonshemming.			X			5.000	Leder ROS	Pkt. 6.1.13. Omfatter både foreldre og hjelpeapparat.
11	Øke fagkompetansen på aktiviseringsavdelingene ved institusjonene.			X			10.000	Leder Vinne og Vuku omsorg- og velferdsdistr.	Pkt. 6.2.1. I samarbeid med Leder omsorg og velferd Øra.
12	Personale som arbeider med barn og unge skoles. PPT skoles i veiledning av personale og oppfølging av barn/unge.			X			10.000	Leder ROS	Pkt. 6.1.4.
Sum årlig kostnadsøkning (1000 kr)		70	25	35	0	0			

4.3 Tiltak med kapasitetsmessige (ikke økonomiske) konsekvenser:

Prioritering er gjort i forhold til hvert delområde. Skille mellom delområdene er vist med tykk strek.

Prioritering	Tiltak	Tidsrom					Oppfølgings-ansvar	Merknad/henvisning:
		2007	2008	2009	2010	2011		
1	Systemansvaret for individuelle planer/ansvarsgrupper må plasseres organisatorisk innen 01.02.07.	X					Leder RHOV	Pkt. 6.4.1.
2	Retningslinjer, prosedyrer, m.m. for individuelle planer/ansvarsgrupper skal være revidert og iverksatt innen 01.03.07.	X					Leder RHOV	Pkt. 6.4.1.
3	Avtalen med NAV skal være på plass innen 01.04.07.	X					Rådmann	Pkt. 6.2.1 og 6.4.3.
4	Psykologressursen legges administrativt til ressurscenter helse, omsorg og velferd, men disponeres av alle virksomhetsområder.	X					Leder RHOV	Pkt. 6.1.10 og 6.4.
5	Informasjonsbrosjyre, eventuelt ny serviceerklæring som omfatter individuelle planer for mennesker med psykiske lidelser, skal være utarbeidet innen 1.9.07.	X					Servicekontoret	Pkt. 6.4.1.
6	Koordinerende enhet må være etablert i løpet av 2007.	X					Rådmann	Pkt. 6.4.4.
7	Det utredes innen 1.1.08 om det skal opprettes et nettverk for personer som arbeider med mennesker med psykiske lidelser i kommunen.	X					Leder NAV	Pkt. 6.4.2.

8	Det opprettes samarbeidsavtaler mellom kommunen på den ene siden og andre offentlige organer og frivillige organisasjoner som arbeider med mennesker med psykiske lidelser på den andre siden i løpet av de 2 første årene.	X	X				Leder RHOV	Pkt. 6.4.3.
9	Minst 20 % av psykiatrikompetansen brukes opp mot veiledning/rådgivning.	X					Leder NAV	Pkt. 6.2.2.
10	Likemannsarbeid videreutvikles, i samarbeid med brukerorganisasjoner.	X	X	X			Kommunalsjef velferd	Pkt. 6.1.13.
11	Samhandling må få større fokus i kommunens virksomhet og ansvar må plasseres.	X	X	X	X	X	Rådmann	Pkt. 6.4. Kommunalsjefer sammen med ledere for ressursentrene
12	Det må utvikles virkemidler (bl.a. økonomiske) og kvalitetsmål, som gjør samhandling attraktivt.	X	X	X	X	X	Rådmann	Pkt. 6.4.
13	Arbeide for å reaktivisere Mental helse Verdal.		X				Leder NAV	Pkt. 6.3.
14	Det må opprettes en referansegruppe for brukerorganisasjoner, eventuelt et brukerpanel innen psykisk helse.		X				Kommunalsjef velferd	Pkt. 6.3.
15	Skriftlige veiledere for brukermedvirkning utgitt av Sosial- og helsedirektoratet og Mental helse må aktiviseres.		X				Kommunalsjef velferd	Pkt. 6.3.
16	Brukerundersøkelser gjennomføres annethvert år.	X		X		X	Leder NAV	Pkt. 6.3. Samhandling med andre virksomhets-områder. Undersøkelsen for 2007 ble gjennomført i des. 2006.
1	Utprøve metoder som gir økt fokus på læringsmiljø samt arbeide mer forebyggende på dette området.	X	X	X	X	X	Kommunalsjef oppvekst	Pkt. 6.1.9.
2	Mer fokus på utforming av skolebygg i forhold til innhold.	X	X	X	X	X	Kommunalsjef oppvekst	Pkt. 6.1.9. Helsepersonell skal delta.

3	Ressursene til spesialpedagogiske tiltak i forhold til enkeltelever dreies til å styrke den generelle klassesituasjonen.		X	X	X	X	Kommunalsjef oppvekst	Pkt. 6.1.9. Forberedelser startes i 2007.
4	Konfliktmegling innføres i alle skoler.		X				Kommunalsjef oppvekst	Pkt. 6.1.4.
5	Utrede foreldrestøttende metoder for foreldredeltagelse på de arenaer hvor barn og unge befinner seg.		X	X	X	X	Leder ROS	Pkt. 6.1.11. For å få med foreldre som deltar i mindre grad.
1	Rutiner for håndtering av saker som gjelder mistanke om seksuelle overgrep må fullføres og iverksettes.	X					Leder ROS	6.1.12. Samarbeidsprosjekt mellom Barn i krise - gruppene i Verdal og Levanger.
2	”Barn i krise”-gruppa må opprettholdes.	X	X	X	X	X	Leder ROS	Pkt. 6.1.1
3	Utrede ulike tiltak i f.h.t. ”gråsonebarna”.	X					Leder ROS	Pkt. 6.1.2
4	2 samarbeidsmøter med familievernkontoret årlig vedr. barn og unge.	X	X	X	X	X	Leder ROS	Pkt. 6.1.1
5	Skriftlige rutiner for ansvar og arbeidsoppgaver vedrørende kriser utarbeides.		X				Leder ROS	Pkt. 6.5.
6	Utarbeide felles rutine for identifisering og oppfølging ved mistanke om at barn lider p.g.a. foreldrenes psykiske helse.		X				Leder ROS	Pkt. 6.1.6.
7	Allmenlegeutvalg setter på dagsorden identifisering av barn som lider p.g.a. foreldrenes psykiske lidelse.		X				Leder ROS	Pkt. 6.2.4. Sammen med kommunelegen.
8	Gruppe til å evaluere dagens virksomhet for barn og unge opp mot psykisk helse opprettes.			X			Leder ROS	Pkt. 6.1.8. Evalueringen skal omhandle evt. forslag til endringer i aktiviteten.
9	Foreldreveiledning i barnehage og skole struktureres.			X			Leder ROS	Pkt. 6.1.3. Rutiner utarbeides. Gjelder spesielt flyktninger.

10	Utarbeide rutiner for å identifisere risikobarn hvor barn lider av foreldres psykiske lidelser.			X			Leder ROS	Pkt. 6.1.6.
11	Det utarbeides rutine til å avdekke og arbeide med familievold.			X			Kommunalsjef velferd	Pkt. 6.1.12 og 6.2.11. Legges også inn i strategisk kompetanseplan
1	1.gangs helseundersøkelse for flyktninger må omfatte kartlegging av psykiske helse både blant barn og voksne.	X	X	X	X	X	Leder NAV	Pkt. 6.1.3 og 6.2.3. Utføres av ROS
2	Utarbeide gode rutiner omkring integrering av flyktningebarn og -unge i skole og barnehage.		X				Leder NAV	Pkt. 6.1.3. I samarbeid med oppvekstområdene
3	Videreutvikle foreldre/barn-grupper for flyktninger med ulike aktiviteter.		X				Leder NAV	Pkt. 6.1.3. I samarbeid med ROS
1	Prioritering, økonomi og oppfølgingsansvar i Ruspolitisk handlingsplan må avklares.	X					Administrasjons-sjefen i ISK	Pkt. 6.1.7.
2	Igangsatt sysselsettings- og aktivitetstiltak for rusmisbrukere evalueres.	X	X				Administrasjons-sjefen i ISK Kommunalsjef velferd	Pkt. 6.2.5. Ansvarlig avhengig av prosjekttilknytning.
1	Alle psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser skal tilbys individuell plan.	X	X	X	X	X	Leder Vinne og Vuku omsorg- og velferdsdistrikt. Leder Øra omsorg- og velferdsdistrikt	Pkt. 6.2.7. Denne gruppen anses å ha et spesielt behov for individuell plan.
2	For å forebygge psykiske vansker, tilbys kronisk syke/funksjonshemmede samtale med fagpersoner og/eller likemenn med kompetanse på sykdommen/ funksjonshemmingen.	X	X	X	X	X	Leder RHOV	Pkt. 6.2.6. Innen 3 mnd. Prosedyre utarbeides. Ansvar i samarbeid med leder ROS.

3	Nødvendige tjenester ovenfor alvorlige psykisk syke opprettholdes/videreutvikles gjennom samhandling mellom NAV og kommunale tjenester.	X	X	X	X	X	Kommunalsjef velferd	Pkt. 6.2.10.
4	Arbeide konkret med å få flere mennesker med psykiske lidelser ut i arbeid, eller blir i stand til å beholde arbeid.	X	X	X	X	X	Leder NAV	Pkt. 6.2.12. I samarbeid med øvrige offentlige og private instanser.
1	Tilby gjeldsrådgivning/ bistand til økonomistyring.	X	X	X	X	X	Leder NAV	Pkt. 6.2.8. I samhandling med booppfølgingstjenesten.
2	Tilstrebe at det skal være mulig for alle barn og unge å delta på aktiviteter i kommunal regi uavhengig av økonomi.	X	X	X	X	X	Rådmann	Pkt. 6.2.8.
3	Det må gis informasjon om spillavhengighet til befolkningen.		X				Kommunalsjef velferd	Pkt. 6.2.9. Distribusjon av slik informasjon må ivaretas gjennom et felles kommunalt informasjonssystem.
4	Sette ned et utvalg som vurderer godtgjøring for deltagelse i arbeids- og sysselsettingstiltak.		X				Kommunalsjef velferd	Pkt. 6.2.8.
1	En av plassene ved alderspsykiatrisk enhet ØBH skal brukes til utrednings- og vurderingsplass.	X					Leder Vinne og Vuku omsorg- og velferdsdistrikt	Pkt. 6.2.1.
2	Transport for aktiviseringstilbud samordnes.	X					Kommunalsjef velferd	Pkt. 6.2.1.

4.4 Finansieringsplan

I henhold til prioriteringer i tiltaksplan skal følgende økning i kostnader dekkes i perioden 2007– 2011:

Tiltak	Tidsrom				
	2007	2008	2009	2010	2011
Tiltak del 4.1	150 000	1 640 000	700 000	450 000	250 000
Tiltak del 4.2	70 000	25 000	25 000	0	0
Årlig kostnadsøkning	220 000	1 665 000	725 000	450 000	250 000

Finansiering	2007	2008	2009	2010	2011
Opptopping psykiatrimidler	100 000	1 300 000			
Omdisponering eksisterende bruk av psykiatrimidler		200 000			
Driftsbudsjett	120 000	165 000	725 000	450 000	250 000
SUM	220 000	1 665 000	725 000	450 000	250 000

Opptopping psykiatrimidler i 2007 er på kr. 1.436.000,-. Av dette ble kr. 1.338.000,- disponert til bofellesskap Vuku og til psykiatriboliger Kvisla i budsjett 2007.

DEL III

5. STATUS

Oppsummering av tjenester på området psykisk helse:

VIRKSOMHETS-OMRÅDE	BARN	VOKSNE			
		Helsetjenester	Bo-oppfølging	Syssetting og aktivisering	Rusrelaterte tjenester
Ressursenter helse, omsorg og velferd	<ul style="list-style-type: none"> • Legetjenester • Ergo- og fysioterapi 	<ul style="list-style-type: none"> • Legetjenester • Fengsels-helsetjenesten • Ergo- og fysioterapi 	<ul style="list-style-type: none"> • Booppfølging 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakten dagsenter • Arbeids- og sysselsettingsgruppa • Friluftsgruppa Homla • No. 26 Akkar'n 	<ul style="list-style-type: none"> • Rusprosjektet <ul style="list-style-type: none"> - Helsestasjon rus - Rehabiliteringshuset
Ressursenter oppvekst	<ul style="list-style-type: none"> • Helsestasjon • PP-tjenesten/ logopedtjenesten • Barneverntjenesten • Ungdomskontakten • MOT • Støttekontakter 				
Omsorg og velferd		<ul style="list-style-type: none"> • Hjemmehjelp • Tiltak funksjonshemmede • Brukerstyrt personlig assistent • Hjemmesykepleie • 7 institusjonsplasser for eldre med langvarige psykiske lidelser 	<ul style="list-style-type: none"> • Bofellesskap Kvisla (alvorlig psykisk syke) • Bofellesskap Reinsholm (rusmisbrukere under rehab.) • Inntaksnemda – tildeling av boliger 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitetstilbud for eldre på bo- og helsetunene • Dagtilbud for funksjonshemmede • Støttekontakter 	<ul style="list-style-type: none"> • Urinprøvetaking

VIRKSOMHETS- OMRÅDE	BARN	VOKSNE			
		Helsetjenester	Bo-oppfølging	Sysselsetting og aktivisering	Rusrelaterte tjenester
Oppvekstområder	<ul style="list-style-type: none"> • Miljøarbeidere • Sosiallærere i u.skolen • Spesialundervisning • Kino-kjelleren • Sosial læreplan for skoler • Mobbeplan for skoler • Kriseplan for skoler og barnehager • Opplærings-/ utviklingsplan for skole og barnehager • Konfliktmegling 				
Flyktingtjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Treningstilbud • Miljøarbeid • Støttekontakter 	<ul style="list-style-type: none"> • Informasjon • Tverrfaglig team • Oppfølging i forhold til helsetjenester 		<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitetstilbud • Treningstilbud 	
Kulturtjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Kulturtilbud og arenaer til de som ikke deltar i ordinære kulturarrangementer 			<ul style="list-style-type: none"> • Kulturtilbud og arenaer til de som ikke deltar i ordinære kulturarrangementer 	
Teknisk drift			<ul style="list-style-type: none"> • Bygging og utbedring boliger • Leiekontrakter i kommunale boliger 		
Servicekontoret			<ul style="list-style-type: none"> • Bostøtte, startlån 		

VIRKSOMHETS- OMRÅDE	BARN	VOKSNE			
		Helsetjenester	Bo-oppfølging	Sysselsetting og aktivisering	Rusrelaterte tjenester
NAV		<ul style="list-style-type: none"> • Rus og psykiatritjenestene • Støttekontakter • Kurs i depresjonsmestring 		<ul style="list-style-type: none"> • Inn på tunet – grønn omsorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Legemiddelassistert rehabilitering
Verdal Asvo				<ul style="list-style-type: none"> • Sysselsetting 	

I tillegg utføres det en del tverrfaglige tjenester som ikke er med i denne oversikten.

5.1 Tjenester i f.h.t. barn og unge.

Barnehager og skoler i de enkelte oppvekstområdene er særlig egnet som base for det primærforebyggende arbeidet blant barn og unge. Det er her en kan observere endring i atferd hos førskolebarnet og eleven. Gjennom kompetanseheving kan barnehagepersonell og undervisningspersonell bli bedre i stand til å oppdage psykososiale vansker og til å takle barn og unge med atferdsvansker og andre vansker. Det er viktig for både barnehager og skoler, at de får tilstrekkelig kompetanse og opplysninger om vansker et barn/en elev kan ha. Dette med tanke på samarbeid til barnets/elevens beste.

Tverrfaglig kommunikasjon og samhandling er avgjørende for å ivareta det enkelte barns og ungdoms behov.

Forskning og undersøkelser viser at fundamentet for en god psykososial utvikling legges i barneårene, men gjennom oppveksten kan den psykiske helsen bli påvirket av en rekke omstendigheter. Psykososiale plager er utbredt blant barn og unge. Det kan dreie seg om ensomhet, mistrivsel, omsorgssvikt og mishandling. Dette kan slå ut i tristhet, atferdsproblemer, skoleproblemer, spiseforstyrrelser, rusmisbruk, kriminalitet, m.m. Sykdom hos foreldre, sosialt belastede familiesituasjoner, mobbing, utestenging og andre forhold som gir en belastet oppvekst, kan medføre vanskeligheter og psykisk sykdom senere i livet. Forebygging av psykososiale vansker er et kommunalt felles ansvar. Det krever økt innsats fra alle kommunale virksomheter, og et utvidet samarbeid med de frivillige organisasjoner.

5.1.1 Ressurssenter oppvekst.

Verdal kommunestyre vedtok 02.10.06 ny administrativ organisasjonsstruktur med iverksetting 01.01.07. Ny organisasjonsstruktur innebærer at det fra samme dato etableres et ressurscenter for oppvekst som et nytt virksomhetsområde i Verdal kommune. De andre virksomhetsområdene er hovedsaklig organisert ut fra fagområder. Det er derfor nødvendig med et virksomhetsområde som har tverrfaglighet og samhandling innen oppvekst som en av sine oppgaver.

Ressurssenter oppvekst består av helsestasjonstjenesten, PP-tjenesten, barnevernstjenesten, rådgiver for barnehage, rådgiver for skole, ungdomskontakten og MOT. Ressurssenter oppvekst er et tverrfaglig ressurscenter som bidrar til helhetlige, forebyggende og samordnede tiltakskjeder for brukerne. Ressurssenter oppvekst skal bl.a. bistå foreldre, barnehager og skoler i forhold som berører familier, barn og unges oppvekst. Hver tjeneste forholder seg til ulike lovverk.

Ressurssenter oppvekst har en sentral rolle i forebygging av psykososiale plager og kan sette inn tiltak for å bedre tilværelsen for barn og unge i ustabile livssituasjoner. Ressurssenter oppvekst er ofte koordinerende instans for større og mindre samarbeids-/ansvarsgrupper. Ressurssenter oppvekst vil bidra til at tjenester til barn og unge blir mer helhetlige.

5.1.2 Helsestasjon.

Rundskriv 1-47/99 Helsestasjon for barn og unge 0-20 år - et kraftsenter for helse og oppvekst, beskriver den framtidige helsestasjonen som et kunnskaps- og ressurscenter med tverrfaglig kompetanse, og som en møteplass i nærmiljøet for å bidra til å styrke sosiale nettverk og tilrettelegge oppvekstmiljøet for barn og ungdom. Målene skal søkes nådd gjennom tverrsektorielle og tverrfaglige arbeidsformer og tiltak, i nært samarbeid med brukerne.

I *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, av 2. april 2003, heter det at helsestasjonen skal være en pådriver i arbeidet med å fremme psykisk og fysisk helse.

Helsestasjonen har samtidig en viktig funksjon som et helsefremmende, primærforebyggende tiltak med mål å forebygge sykdommer og skader, og å fremme gode sosiale- og miljømessige forhold. Det overlates til den enkelte kommune å organisere sine tjenester slik at målene nås.

Helsestasjonsvirksomhet er hjemlet i lov om helsetjenesten i kommunen, og omfatter jordmortjeneste, helsestasjon (inkl. helsestasjon for ungdom) og skolehelsetjeneste i grunn- og videregående skole. I tillegg driver helsestasjon vaksinasjonskontor for utenlandsvaksinering (800 vaksiner satt i 2005) og helsetjeneste for flyktninger (smittevern/vaksiner, oppfølging).

Helsestasjonen har følgende arbeidsoppgaver knyttet opp mot psykisk helse:

- Svangerskapskontroll/råd og veiledning i svangerskapet og i barseltiden.
 - Nettverksgruppe; Unge gravide har mulighet til å møte andre i samme situasjon.
 - Parkurset "Godt samliv; Bevisstgjøring på hvilke forandringer som skjer etter at en blir mor og far (fra par til familie). Hvordan kommuniserer man med hverandre?"
- Helseundersøkelser og rådgivning, veiledning og oppfølging.
- Forebyggende psykososialt arbeid.
- Opplysningsvirksomhet og veiledning individuelt og i grupper.
- Hjemmebesøk og oppsøkende virksomhet.
- Samarbeid med skole for å fremme psykisk og fysisk helse hos barn og unge.
- Bistand og undervisning i grupper/klasser/foreldremøter etter anbefaling gitt i sentrale retningslinjer og etter ønske fra skolen.
- Tverrfaglig samarbeid rundt barn med spesielle behov, og utarbeidelse av individuell plan.
- Helsesamtaler med flyktninger.
- Helsestasjon for ungdom.

Helsestasjonens tilbud til gravide skal i tillegg til helseundersøkelser og rådgivning omfatte oppfølging og viderehenvisning ved behov, opplysningsvirksomhet, samlivs- og forelderveiledning og undervisning/kurs opp mot psykisk helse.

Ressursbruk i forhold til forebygging primært og sekundært hvor utfordringen er psykisk helse, er ca. 40 % av Avdeling Helsestasjon sine samlede ressurser.

I Plan for psykisk helse 2004 – 2006 er mål i forhold til helse:

- Forebygge psykososiale vansker hos barn og unge.
- Bedre tilværelsen for barn og unge i ustabile livssituasjoner.

5.1.3 PP-tjenesten

Pedagogisk- psykologisk -tjeneste (PP-tjenesten) er hjemlet i opplæringsloven. Hver kommune skal ha en PP-tjeneste, som sammen med de øvrige 1.linjetjenestene skal kunne møte de hjelpebehov barn og unge i kommunen har.

Viktigste målgrupper for PP-tjenesten er barnehagene, skolene og voksenopplæringen. Foreldre, skoler, skoleadministrasjon og andre kommunale instanser kan søke råd og hjelp i forhold som har med barns opplæring, utvikling og trivsel. Ungdom kan også selv ta direkte kontakt med PPT.

PP-tjenesten har følgende arbeidsoppgaver knyttet opp mot psykisk helse:

- Forebygging av klassemiljø, -for fremming av trivsel og samhandling i skolen.
- Involvering i mobbesaker, (jfr kap. 9a i Opplæringsloven om elevens psykososiale skolemiljø).
- Tilrettelegging for elever med diagnose som ADHD og autismspekteret, gjennom veiledning til personale, støtte til foresatte og spesialundervisning til eleven.
- Direkte samtaler med ungdom.
- Deltagelse i kriseteam.
- Foreldreveiledning mht uheldige samspillsmønstre.
- Faglig kartlegging for økt mestring
- Utredning av atferdsvansker.

5.1.4 Logopedtjenesten

I Verdal kommune er den kommunale logopedtjenesten en integrert del av PPT. Logopedtjenesten driver hovedsakelig med direkte behandling og tiltak til enkeltbarn og voksne med medfødte og/eller ervervede språk- og talevansker. Dette er viktig forebyggende tiltak i forhold til psykisk helse.

5.1.5 Barneverntjenesten

Barneverntjenesten er hjemlet i Lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 nr. 100.

Lovens formål er:

- Sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid.
- Bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår.

Målgruppa er barn og unge fra 0-18 år og deres familier. I særlige tilfeller kan tiltak forlenges opp til 20 eller 23 år.

Barneverntjenesten har følgende tiltak og oppgaver knyttet opp mot psykisk helse:

- Råd og veiledning i familier med store psykososiale vansker.
- Miljøarbeid i familien. Det jobbes systematisk for å styrke foreldrekompetansen og bedre situasjonen i hjemmet for barnet.
- Arbeid med opplæring og gjennomføring av Familieråd.
- Arbeid med BAPP-grupper (barneverntjenesten har ikke deltatt siste halvår grunnet ressursmangel).
- Deltagelse i kriseteam.
- Utbredt samarbeid med BUP i enkeltsaker – alle poster. (85 % av alle ungdommer ved sengeposten er også i kontakt med barneverntjenesten).
- Kjøp av hjemmebaserte tiltak fra Bufetat i spesielt krevende familiesituasjoner.

Barneverntjenesten har anslagsvis 80 personer på oppdrag som fosterhjem og tiltaksarbeidere (besøkshjem, tilsynsførere, innleide miljøarbeidere og støttekontakter/leksehjelp).

5.1.6 Ungdomskontakten.

- Ungdomskontakten skal være en støtte og veiledningsbase for ungdommen basert på frivillighet, lett tilgjengelighet og oppsøkende virksomhet.

- Hovedmålet for Ungdomskontaktens arbeid er å oppsøke ungdom som trenger støtte eller hjelp, men som ikke eller i utilstrekkelig grad nås av andre deler av hjelpeapparatet.
- Intensjonen er å etablere kontakt med ungdommene på et tidligst mulig tidspunkt og motivere dem for alternativ virksomhet, hjelp eller behandling.
Ungdomskontakten er ikke beskrevet i Plan for psykisk helse 2004-2006. Men den er delvis blitt opprettet ved bruk av statlige psykiatrimidler.

5.1.7 Barnehager og skoler.

Barnehager:

Lov om barnehager sier at barnehagen skal bistå hjemmene i deres omsorgs- og oppdrageransvar, og på den måten skape et godt grunnlag for barnas utvikling, livslang læring og aktive deltagelse i et demokratisk samfunn.

Omsorg, oppdragelse og læring i barnehagen skal fremme menneskelig likeverd, likestilling, åndsfrihet, toleranse, helse og forståelse for bærekraftig utvikling.

Barnehagen skal formidle verdier og kultur, gi rom for barns egen kulturskaping og bidra til at alle barn får oppleve glede og mestring i et sosialt og kulturelt fellesskap.

Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver (forskrift til Lov om barnehager) sier at barnehagen skal sikre barn under opplæringspliktig alder et oppvekstmiljø som både gir utfordringer som er tilpasset barnets alder og funksjonsnivå og trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger.

Barnehagen skal ha en helsefremmende og en forebyggende funksjon og bidra til å utjevne sosiale forskjeller. Barnehagen har en samfunnsoppgave i tidlig forebygging av diskriminering og mobbing.

Barnehagen har et særskilt ansvar for å forebygge vansker og oppdage barn med særskilte behov. For disse barna kan det være aktuelt å gi et spesielt tilrettelagt tilbud.

Barnehagen skal gi barn troen på seg selv og andre.

Barn har rett til omsorg og skal møtes med omsorg. Barnehagens personale har en yrkesetisk forpliktelse til å handle omsorgsfullt overfor barn i barnehagen. Omsorgsforpliktelsen stiller krav til personalet om oppmerksomhet og åpenhet overfor det unike hos hvert enkelte barn og det unike i situasjonen og i gruppen.

Skoler.

Utdanningsdirektoratet samarbeider med Sosial- og helsedirektoratet om Opptappingsplanen for psykisk helse(1999-2008) og Regjeringens strategiplan for barns og unges psykiske helse(fra 2003). Det er igangsatt en egen satsning mot skole; "Psykisk helse i skolen". Satsningen rettes mot ungdomsskoletrinnet og videregående skole, og har som målsetting å øke ungdoms og læreres kunnskap om psykisk helse. Foruten å gi kunnskap om hvordan elevene kan ivareta sin egen psykiske helse, skal opplæringsprogrammene gi elevene kunnskap om hvordan de kan være til støtte for hverandre. Det er også laget kurstilbud til lærere, der målet er at lærere skal få økt sin kompetanse og bli bedre i stand til å forstå elever som sliter psykisk, samt få gode samarbeidsmodeller for skole og hjelpeapparatet.

Hver enkelt skole i Verdal har en sosial læreplan.

5.2 Tjenester i f.h.t. voksne.

En rekke faggrupper og ulike tjenestetilbud er sentrale i psykisk helsearbeid. Det er vesentlig å legge til rette for at de ulike aktører kan supplere og utfylle hverandre i utviklingen av helhetlige tilbud. Her har vi sett på hvilke tjenester og hvilke aktører vi har opp mot psykisk helsearbeid pr. i dag, da med bakgrunn i gjeldende Plan for psykisk helse 2004 – 2006.

5.2.1 Legetjenesten.

Fastlegeordningen gir alle innbyggere rett til å ha egen fastlege. Fastlegen har plikt til å prioritere pasienter på sin liste. I Verdal har vi 4 legesentre med til sammen 10 fastleger. (Stekke, Ørmelen, Verdal og Vuku). Fastlegen har det medisinske oppfølgingsansvar. Fastlegen har en viktig funksjon som ”døråpner” ovenfor andre instanser. Tilgjengelighet, fleksibilitet og nok tid, er viktige stikkord i så måte.

Det forutsettes at fastlegen bygger opp et tillitsforhold til hver enkelt av sine pasienter. Dette er nødvendig for å finne riktig behandlingsform i kommunen, samt for å utnytte spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud best mulig. Fastlegen henviser til poliklinisk behandling eller innleggelse der dette er nødvendig.

Fastlegen gir brukerne råd og veiledningssamtaler, ofte i samråd med psykiatritjenestens personell, og følger opp medikamentell behandling. Fastlegen har en viktig rolle i det koordinerende arbeidet også for denne brukergruppen. Fastlegen er en viktig deltager i ansvarsgrupper. Erfaringsmessig ser vi at det er en utfordring å få til gode rutiner for samhandling på tvers som sikrer medvirkning av den enkelte fastlege i utforming av tjenestetilbud. Gjeldende plan for psykisk helse har ingen føringer vedrørende legetjenesten.

5.2.2 Rus- og psykiatritjenesten.

Psykiatritjenesten og rustjenesten har siden april 2004 vært samlet i en tjeneste i kommunen. Tjenesten var frem til i høst en del av Helse Rehabilitering i samkommunen, men organiseres i NAV Verdal fra 01.01.07. Tjenesten gir til enhver tid tjenester til om lag 260 personer med psykiske- og/eller rusrelaterte problemer. Tjenesten innehar rusfaglig kompetanse og kompetanse innen psykiatrisk sykepleie.

Arbeidsoppgaver:

- Brukerrettet arbeid, støttesamtaler.
- Rådgivnings- og veiledningsarbeid.
- Nettverksarbeid.
- Helseopplysning.
- Deltagelse i ansvarsgrupper og koordineringsarbeid.
- Aktiverings- / sysselsettingstiltak.
- Administrering av støttekontaktvirksomhet, m.v.

Jobben er i stor grad et relasjonsarbeid, og den brukerrettede kontakten er en vesentlig del av tjenesten. Mange har behov for stabil kontakt og oppfølging over tid.

Tjenesten består av 6,7 stillinger; 4 årsverk psykiatriske sykepleiere og 2,7 årsverk sosionomer.

Kontakten, Arbeids- og sysselsettingsgruppa og Rusprosjektet (omtales senere) har til nå vært en del av Rus- og psykiatritjenesten. Disse tiltakene skal ikke inn i NAV. Det blir viktig å skape gode samhandlingsarenaer og samarbeidsrutiner, hvor man ivaretar dagens gode samarbeid. Det blir også viktig å skape gode samarbeidsavtaler opp mot de øvrige instanser i kommunen.

Kurs i depresjonsmestring (KID-kurs) er et nytt tiltak fra 2005.

Kurset er utarbeidet for voksne som i perioder er deprimert på en slik måte at det går utover evnen til å fungere og utover livskvaliteten. Kurset er bygd på kognitiv sosial læringsteori. Deltagerne lærer opp til å endre de tanke-, handlings- og samspillsmønstre som vedlikeholder og forsterker en depresjon.

2 psykiatriske sykepleiere fra Rus- og psykiatritjenesten arrangerer slike kurs. Det arrangeres kurs 2-4 ganger årlig. Tilbakemeldinger fra kursdeltagerne tilsier at dette er et bra tiltak. Kurset er godkjent som behandling, noe som gir rett til fri fra jobb for å delta.

I Plan for psykisk helse 2004-2006, ble det poengtert behov for kompetanse innen gruppebehandling, og dette er et viktig tiltak i så måte.

Mange av tiltakene i gjeldende plan for psykisk helse er gjennomført. Men noen tiltak er man av ulike grunner ikke i havn med. Kriseteam er ikke blitt opprettet. Man har ikke greid å opprette et godt nok samarbeid med Mental helse, ettersom lokallaget har vært ute av funksjon en lengre periode. Tjenesten har tidligere arrangert tverrfaglige kurs rettet mot kommuneansatte. Dette har man av kapasitetsmessige og andre årsaker ikke kunnet utføre denne perioden.

1 psykologstilling har frem til nå vært tillagt enheten, men har av ulike årsaker vært vanskelig å få besatt. Stillingen har imidlertid i lengre perioder vært besatt av annet personell som jobber med psykiatri. Det er et stadig økende antall henvendelser til tjenesten og personalet pålegges nye og endrede arbeidsoppgaver. Disse momenter tilsier at for å yte en kvalitativt god tjeneste, bør antall stillinger økes.

5.2.3 Fengselshelsetjeneste.

Verdal fengsel er et åpent fengsel hvor 60 personer er inne til soning til enhver tid. De innsatte har begått ulike typer lovbrudd. Dommene er gjennomsnittlig blitt lengre etter hvert. Alle kommuner med fengsel er pålagt å yte helsetjeneste der.

Psykiatrisk sykepleier er ansvarlig for hele sykepleietjenesten i fengslet (40 % stilling), mens turnuslege er tilsynslege. Kommunelege 1 er medisinskfaglig ansvarlig for tjenesten. Fengselshelsetjenestens sykepleiefaglige ansvar er tillagt psykiatritjenesten. Psykiatritjenesten er vedtatt organisert i NAV Verdal, mens Fengselshelsetjenesten er foreslått plassert i Ressursenter helse, omsorg og velferd. Det fører til en utfordring i hvordan løse det faglige ansvaret samt personellutnyttelse ved fravær.

Omlag $\frac{3}{4}$ av de som tar kontakt med fengselshelsetjenesten, sliter med psykiske- og/eller rusrelaterte problemer.

Plan for psykisk helse 2004 – 2006 har ingen føringer vedrørende fengselshelsetjenesten.

5.2.4 Hjemmebaserte tjenester.

Hjemmebaserte tjenester omfatter hjemmesykepleie og hjemmehjelp/praktisk bistand. Kommunen har hittil hatt tre pleie- og omsorgsdistrikt (PO-distrikt), hvor tjenestene ”serves” fra hvert distrikt. Etter ny administrativ hovedstruktur vil det endres til 2 omsorgs- og velferdsdistrikt. (Fra 01.01.07).

Hjemmehjelpstjenesten.

Hjemmehjelpstjenesten er hjemlet i Lov om sosiale tjenester, § 4,2 praktisk bistand og opplæring. De fleste hjemmehjelperne i Verdal kommune har utdanning fra videregående skoles omsorgsfag. Av disse har en del fagbrev innenfor omsorgsarbeiderfaget.

Hjemmehjelperne er viktig for å muliggjøre å bo i eget hjem og for å bistå bruker til et verdig liv. Hjemmehjelperne er ofte den første tjenesten bruker har fra hjelpeapparatet. De er hos bruker 1-2 timer pr. gang og kommer i nær kontakt med den enkelte.

Hjemmehjelperen er ofte den tjenesteyter som i første omgang observerer endring hos tjenestemottaker, endring som gjerne krever nye tiltak fra hjelpeapparatet. Det er viktig at hjemmehjelperen observerer og formidler informasjon til naturlige samarbeidsparter, eks. hjemmesykepleie og psykiatrisk sykepleier. En må sikre at hjemmehjelperen har nødvendig kompetanse for observasjoner og ivaretagelse av den enkelte brukers psykiske helse.

Tiltak funksjonshemmede.

Omlag 50 % av brukerne med psykisk utviklingshemming har psykiske problemer/lidelser (nasjonale tall). Tiltak funksjonshemmede ivaretar denne gruppen i Verdal. De har et godt fungerende samarbeid med habiliteringstjenesten ved Sykehuset Levanger.

Brukerstyrt personlig assistent (BPA) kanaliseres gjennom Tiltak funksjonshemmede. Pr. dato er det 6 personer over 18 år som har BPA og 2 personer under 18 år som har praktisk bistand. Til sammen utgjør dette 8,2 årsverk.

Hjemmesykepleie.

Hjemmesykepleien omfatter ulike tjenester overfor innbyggerne som omhandler forebyggende og rådgivende helsearbeid, kurativ behandling samt pleie og omsorgstjenester. Brukerne av hjemmesykepleiens tjenester er i alle aldre, fra barn til eldre med hele kommunen som geografisk område. Dette gjelder både innbyggerne i kommunen og de som oppholder seg midlertidig på ferie eller besøk.

Hjemmesykepleien er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste.

Personalet innen hjemmesykepleien opplever stor endring i antall og type oppgaver. Dette avspeiler seg også i f.h.t. brukere med psykiske lidelser / rusrelaterte problemer. Gjennomsnittlig liggetid i institusjon har gått betydelig ned og stadig flere behandles poliklinisk. Dette endrede bildet fordrer ny tilnærming og nye tiltak fra hjelpeapparatets side, og kanskje spesielt fra hjemmetjenesten.

I gjeldende Plan for psykisk helse skulle hjemmetjenesten styrkes med 150 % stilling. Dette er ikke blitt gjort. Men i samme periode er bofellesskapet Kvisla styrket med 5 stillinger.

5.2.5 Flyktningetjenesten.

Flyktninger har de samme rettigheter som andre som bor i Norge når det gjelder nødvendig helsehjelp. Mange flyktninger/familier strever etter ankomst til Norge. Dette pga språkproblemer, isolasjon, ensomhet, psykiske/psykososiale problemer. Utfordringene ligger i å bygge bro over flere forståelseskløfter, ulike språk, ulike forhold til religion og kjønnsroller og ulike oppfatninger om helse og sykdom.

Mange kommer fra land uten nødvendige helsetilbud og trenger rask og tett oppfølging.

Flyktningtjenesten og helsesøster gir informasjon om de ulike helsetjenester og hvordan flyktningene skal forholde seg til dem og omvendt. Forebyggende tiltak kan være å bruke tolk, slik at man sikrer seg at all informasjon blir forstått.

Tverrfaglig team ivaretar flyktningenes behov opp mot helsearbeidet. Helsesøster gir informasjon i møter på skole og barnehage til foreldre og personale.

Arbeidsoppgaver:

I samarbeid med helsesøster for flyktningene søkes det avdekket et behov for psykiatrisk oppfølging for enkelte flyktninger i ulike perioder etter bosetting i kommunen. Helsesøster foretar de første samtaler og identifiserer behov.

Det blir da gjort avklaringer om behov for oppfølging av psykiatriske sykepleiere og eventuell videre henvisning til spesialisthelsetjeneste. Behov for psykiatrisk oppfølging avdekkes også av andre som saksbehandlere og lærere, hvor bekymringer blir tatt opp i tverrfaglig samarbeidsteam for helse. Drøftinger blir fortatt for eventuell videre oppfølging.

I gjeldende plan for psykisk helse er ulike tiltak av forebyggende karakter vektlagt. Ungdomsgruppe ved saksbehandler med ulike tema i forhold til ungdomskultur har stått på dagsorden. Ungdommene har deltatt på ungdommens kulturmønstring og andre kulturarrangement. Nettverksarbeid er under arbeid med oppfølging av miljøarbeider på fritidsaktiviteter for grunnskolebarn. Flyktningguidekoordinatortillingen har gitt stort tilskudd til frivillighetsarbeidet blant flyktningene, med stor respons fra verdalinger om å være guider. I samarbeid med Innvandrерundervisninga gir vi treningstilbud 2 timer uka til menn og kvinner, lagt inn på ukeplan. Det gis individuelle treningstilbud ved behov. Helsesøster har faste timer med ulike tema lagt til Innvandrерundervisninga. Undervisninga gis da i kvinne- og mannsgupper. Videre har det vært strikkekubb i samarbeid med Verdal husflidslag. Det har også vært en kvinnegruppe med varierende virksomhet. Skolen har åpnet sine lokaler for bruk ved feiringer og sammenkomster. Utvikling av samarbeidet med skoler, barnehager og frivillige organisasjoner må styrkes videre.

5.2.6 Ergo- og fysioterapitjenesten.

Fysisk og psykisk helse må ses i sammenheng. Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet har god effekt på psykisk helse.

Mye av rehabiliteringen av psykisk syke skjer i kommunen. Et godt samarbeid mellom Ergo- og fysioterapitjenesten og det øvrige hjelpeapparatet er positivt for rehabiliteringsprosessen. Tjenesten har spesiell kunnskap om aktivitet og tilrettelegging i hverdagen. Fokus både på individ og omgivelser. Funksjonsvurderinger og trening i dagliglivets gjøremål er mulige arbeidsoppgaver i f.h.t. psykisk helse.

I gjeldende plan for psykisk helse ble det foreslått en omprioritering av ergoterapiressurs, slik at 10 % stilling skulle benyttes til trening av praktiske ferdigheter i hjemmet for de nye beboerne ved Kvisla. Denne omprioritering er ikke blitt gjennomført.

Fysioterapeut fra Ergo- og fysioterapitjenesten har trim med brukerne av Kontakten 1 time pr. uke. Denne trimmen er tilrettelagt slik at den tilpasses den enkeltes forutsetning og nivå. Dette er et meget positivt tiltak, et tiltak i tråd med gjeldende plan for psykisk helse.

5.2.7 NAV.

Satsningen på arbeid og psykisk helse er forankret i mål og strategier for NAV, og er et uttalt satsningsområde i virksomhetsplanen for NAV Verdal for 2007. Alle fylker har fått øremerkede midler via opptrappingsplanen for psykisk helse til å tilsette en koordinator for arbeid og psykisk helse i sitt fylke. I 2007 gjennomføres det et fagutviklingsprogram om arbeid og psykisk helse for ansatte i oppfølgingsavdelingen i NAV Verdal.

Fra og med 01.01.07 vil rus- og psykiatrikompetansen med 4 årsverk psykiatriske sykepleiere og 2,7 sosionomer være organisert inn i oppfølgingsavdelingen ved NAV Verdal.

5.3 Sysselsettings- og aktiviserings tilbud.

Mennesker har behov for tilhørighet og nettverk. I psykisk helsearbeid er det viktig å legge til rette for sosialt fellesskap og møteplasser. Verdal kommune har opprettet flere og differensierte tilbud. Fellesnevner er trygghet, fellesskap, støtte og tilhørighet.

En meningsfull hverdag og følelse av mestring er viktige elementer i et rehabiliteringsløp.

Flere av de nedenfor nevnte tiltakene er opprettet med psykiatrimidler. Man opparbeidet et mer fleksibelt tilbud den perioden HelseRehab var en del av samkommunen.

Utfordringen videre blir å bevare og videreutvikle disse tilbudene og det gode samarbeidet med Levanger kommune.

Flere av prosjektene bør bli faste tiltak. Dette for å sikre tiltakene og for å gjøre det mer forutsigbart for de som jobber med dem.

Utarbeidelse av sysselsettings- og aktivitetstilbud er påpekt i gjeldende plan for psykisk helse. Både arbeidstrening, aktiviteter i friluft og mulighet for deltagelse vektlegges i planen. De nedenfornevnte aktivitets- og sysselsettingstilbudene er viktige tiltak i så måte.

Noen av tiltakene som er listet opp nedenfor er rettet direkte mot brukere med psykiske plager/lidelser (5.3.1 t.o.m. 5.3.5), mens andre indirekte berører psykisk helse (5.3.6 t.o.m. 5.3.8)

5.3.1 Kontakten dagsenter.

Dette er et dagsenter for mennesker med psykiske plager/lidelser. Målet er å bringe mennesker ut av isolasjon, bygge sosialt nettverk og bidra til en meningsfylt aktivitet. Dagsenteret gir en fellesskapsfølelse ved at man møter andre med liknende problematikk. Omkring 55-60 personer er brukere av tilbudet, i snitt ca. 15 pr. dag. 1,5 stilling ivaretar tjenesten.

Kontakten har frem til nå vært en del av Rus- og psykiatritjenesten. Den perioden tjenesten var organisert under HelseRehab i samkommunen, opprettet de to dagsentrene i Levanger og Verdal et tett samarbeid, et samarbeid som bør videreføres. Det gir mulighet til samarbeid om turer, aktiviteter, m.m.

Beliggenheten på Stekke er god og tilgjengelig for brukerne. Men lokalitetene er for små. Det vanskeligjør nye og andre aktiviteter, bl.a. plasskrevende og/eller støyende aktiviteter, eksempelvis trearbeid. Det gir mindre muligheter for andre brukergrupper, særlig funksjonshemmede som trenger plass til hjelpemidler for å kunne delta.

Kontakten er også åpen en kveld pr. uke. Da går brukere og personale sammen og ordner et varmmåltid. Dette har blitt et populært tiltak. Fleksible åpningstider er viktig; noen av de som sliter med psykisk sykdom er mye alene på kvelder, helger og høytider.

Fra 01.01.07 ble Kontakten en del av Ressurscenter helse, omsorg og velferd. Det blir viktig å videreføre dagens veiledning og samarbeid med psykiatritjenesten i NAV.

I samsvar med gjeldende plan har det skjedd en videreutvikling av Kontakten, men

1 ½ stilling er allikevel ikke tilstrekkelig til å utvikle Kontakten slik man ønsker, med mer fleksibilitet i f.h.t. utendørsaktiviteter, nye tiltak, åpningstider, etc.

5.3.2 Arbeid og sysselsettingsgruppe.

Dette er et tilbud til mennesker med psykiske og/eller rusproblemer. Tiltaket består av arbeidstrening, enkle vedlikeholdsoppgaver, friluftsliv og det å bli kjent i egen kommune. Maks 10 personer kan være deltagere til enhver tid. Målsetting her er som ved flere av de øvrige tiltakene; en mer meningsfylt hverdag, mestringfølelse og tro på egne ferdigheter.

Denne gruppa legges under Ressurssenter helse, omsorg og velferd. Tiltaket ivaretas av kun en ansatt i 50 % stilling. Dette begrenser inntaket og gjør tilbudet sårbart.

5.3.3 Friluftsgruppa Homla.

Homla er et samarbeidsprosjekt mellom Levanger og Verdal kommune. Man møtes for å delta i aktiviteter som synes meningsfylte, spennende og motiverende.

Det sosiale fellesskapet ved å delta på felles aktiviteter er viktig. Pr. i dag arrangeres turer annenhver uke. Deltagerantallet varierer mye, fra 5 – 15 personer hver gang.

Psykiatritjenesten i Verdal hadde lenge et eget friluftstilbud for brukere med psykiske og/eller rusproblemer. Det ble lagt ned grunnet lengre tid med dårlig oppmøte.

Det blir derfor viktig å opprettholde dette tilbudet fremover, slik at vi har et friluftstilbud å tilby brukerne våre. Forskning viser at fysisk aktivitet gir betydelig helsegevinst og er et viktig element i det samlede helsefremmende arbeidet.

Det er ikke avklart hvem som skal ha det fremtidige ansvaret for Homla etter at ISK enheten opphørte.

5.3.4 No 26 Akkar'n.

Dette er et samarbeidsprosjekt mellom aetat Levanger, tidligere HelseRehab i ISK og NAV Verdal. Målgruppen er arbeidssøkere med sammensatte utfordringer i forhold til å komme ut i jobb. Dette er et AMO-kurs med fokus på arbeidsutprøving og kartlegging. Aldersgruppen 20 – 26 år prioriteres. Målet er å kunne nyttiggjøre seg ulike tiltak for å komme i arbeid.

Det benyttes pedagogiske metoder som styrker egne ressurser og som bygger på et ”hjelp til selvhjelpsprinsipp”. Maksimum 10 – 12 personer kan delta. Det er ikke avklart hvor Akkar'n administrativt skal legges etter at ISK- enheten opphørte.

5.3.5 ”Inn på tunet” (tidligere kalt Grønn omsorg).

Dette er et sysselsettingstiltak for mennesker som av ulike årsaker ikke er klar for det ordinære arbeidsliv. Tilbudet baseres på fellesskap, gode relasjoner og mestringsfølelse. Tilbudet gis ut fra den enkeltes behov og funksjonsnivå, ikke ut fra diagnose. Målet er å bidra til en mer meningsfylt hverdag og bedret livskvalitet. 2 gårder i Vuku; Elverum og Stene gir dette tilbudet. Kommunen kjøper tjenester av driverne. Tiltaket ble nylig redusert av økonomiske årsaker. Man har nå 2 plasser fordelt på 4 brukere. Dette medfører grupper på kun en eller to personer, og gruppefølelsen, det å jobbe flere sammen, reduseres.

Kommunen har meget gode erfaringer med dette tilbudet. Dette er gjerne mennesker som har vært ute av arbeidslivet i lengre tid, og tett oppfølging i et mindre miljø er viktige moment når man skal forsøke seg i aktivitet igjen. Behovet er større enn det antall plasser kommunen kjøper i dag.

5.3.6 Aktivitetstilbud for eldre ved bo- og helsetunene.

Tilbudet drives av gavemidler og frivillig innsats. 50 % aktivitørstilling ved VBH og ØBH pluss at 10 frivillige lag bidrar til å holde arbeidsstuene i drift. Aktivitetstilbudet er med og avhjelper ensomheten som mange kjenner på i hverdagen. Manglende samordning av transport vanskeliggjør muligheten for deltagelse for mange. Transportmulighetene er ”under lupen” for å øke tilgjengeligheten.

5.3.7 Dagtilbudet for funksjonshemmede.

Dette er et dagtilbud for brukere med ulike funksjonshemninger. Tilgangen av brukere øker jevnlig. Tilbudet er i dag – grunnet plassmangel – fordelt på 2 steder. De fleste er ved Noas Ark, de resterende ved Ringveien nord. Det planlegges at dagsenteret skal samlokaliseres med ny frivillighetssentral og flyktningeguideprosjektet på ARKEN fra 2007.

5.3.8 Verdal ASVO.

Dette er en kommunalt eid VTA-bedrift, som pr. i dag har 19 godkjente plasser og sysselsetter 23 personer som ikke har muligheter på det åpne arbeidsmarkedet. Behovet for plasser er større enn tilbudet. Flere av de tilsatte har psykiske problemer.

5.3.9 Kulturtjenesten.

Kulturtjenesten, jfr. kultur gir helse. Kulturtjenesten har som oppgave å skape kulturtilbud og arenaer for de som ikke deltar via de ordinære kulturarrangementene både pga sviktende helse og økonomi.

5.3.10 Støttekontakter.

Det benyttes midler fra opptrappingsplanen til støttekontakter for personer med psykisk sykdom. Målet er å bistå den enkelte til å bryte isolasjon og til å få en mer meningsfylt fritid ut fra den enkeltes behov og interesser. I Verdal kommune er det de psykiatriske sykepleierne som administrerer støttekontaktordningen til denne gruppen.

Også tiltak funksjonshemmede og inntaksnemnda tildeler støttekontakter.

Denne tredeling av tildeling og administrering kan være uheldig og uhensiktsmessig og bør evalueres. Rekruttering og faglig oppfølging av støttekontaktene bør være en prioritert oppgave fremover. Det er viktig at fagperson vurderer søknader og veileder støttekontakter.

Opplæring, lønn og rettigheter for støttekontakter er også noe som må ses nærmere på. Dette er tidvis utfordrende og krevende oppgaver, og bør lønnes deretter. Det kan være med på å lette rekrutteringen av støttekontakter.

Organisering av hele støttekontaktvirksomheten i kommunen vurderes i f.b.m. opprettelse av Ressurscenter helse, omsorg og velferd.

Gjeldende psykiatriplan omfatter tiltak rettet mot rekruttering og opplæring av støttekontakter. Tiltakene er delvis gjennomført.

Ledsagerbevis er en ordning for å øke tilgjengeligheten til kultur- og fritidsarrangement samt til offentlige transportmidler. Ledsager fritas for betaling av inngangsbilletter til aktiviteten/ arrangementet. Kino, Rikskonsertene, Riksteatret, svømmehallen, samt mange av kommunenes lag og foreninger har godkjent bruk av ledsagerbevis ved sine arrangementer.

5.4 Rusrelaterte tiltak.

Ruspolitisk handlingsplan vektlegger en helhetlig, tverrfaglig og kunnskapsbasert tilnærming til feltet. Man behøver utfyllende ledd i en sammenhengende tiltakskjede. Kommunen er godt i gang med å organisere en slik tiltakskjede. Men flere av disse tiltakene er statsfinansierte prosjekter, der fremtiden er noe uviss. Mange av de som har rusproblemer, sliter også med psykiske vansker.

5.4.1 Rusprosjektet.

Dette prosjektet innbefatter pr. i dag to ulike tiltak, nemlig Helsestasjon rus og Rehabiliteringshuset No 46 Rinnleiret. Helsestasjon rus holder til på Helsesenteret på Øra, mens No 46 Rinnleiret holder – som navnet tilsier – til på Rinnleiret. Rusprosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Levanger og Verdal gjennom Innherred samkommune.

Helsestasjon Rus.

Dette er et lavterskel helsetilbud for rusavhengige, hvor målsettingen er bedret psykisk og fysisk helse. Organiseres og finansieres via Rusprosjektet.

En lett tilgjengelig helsetjeneste, som gir tilbud om samtaler, motivasjon til å forsøke rehabilitering, utdeling og innsamling av brukerutstyr, vaksiner, sårstell, helsevurdering, etc. En sykepleier i 75 % stilling og lege i 10 % driver tilbudet.

Rehabiliteringshuset No 46 Rinnleiret.

Et nasjonalt pilotprosjekt som startet i september 05. Delfinansiert av Sosial- og helsedirektoratet ut 07.

Det kreves at deltakerne er under rehabilitering, er bosatt i egen bolig og har egen individuell plan. Målet er en rusfri hverdag og bedret livskvalitet. Ledd i tiltakskjede.

Fokus er på dagliglivets gjøremål. Etter hvert legges fokus på arbeidstrening og arbeidsutprøving. Det er til enhver tid 5 – 7 deltakere.

5.4.2 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Om lag 20 personer bosatt i Verdal er med i LAR. Tiltaket har en vesentlig kommunal forankring. Rus- og psykiatritjenesten har en sentral rolle vedrørende oppfølging og koordinering av arbeidet. Dette er et ressurskrevende arbeid. Det er viktig med tett samarbeid mot fastlege, spesialisthelsetjenesten og LAR-midt.

5.4.3 Urinprøvetaking.

Vinne pleie- og omsorgsdistrikt v/ hjemmetjenesten, driver urinlaboratoriet 4 dager i uka. Det utføres kontrollert urinprøvetaking i f.h.t. brukere i rehabiliteringsopplegg.

5.5 Boligsituasjonen i kommunen/utbyggingsaker.

De fleste mennesker med psykiske problemer bor i ordinær bolig og lever et selvstendig liv. Men enkelte trenger bistand til å skaffe seg egnet bolig og trenger tilpasset bistand for å kunne bo i boligen.

Kommunen har en egen boligsosial handlingsplan som gjelder til og med 2009. Her er boligbehovet for ulike brukergrupper vurdert.

Det er ikke avklart hvilken instans i kommunen som skal ha ansvar for oppfølging av planen eller har koordineringsansvar for boligsosialt arbeid. Ellers er ansvaret fordelt på mange aktører:

- Bostøtte, startlån m.m.
- Tildeling av boliger
- Tilrettelegging i boliger
- Bygging og utbedring
- Leiekontrakter i komm. boliger
- Booppfølging
- Servicekontoret
- Inntaksnemnda
- Ergo- og fysioterapitjenesten
- Teknisk drift
- Teknisk drift
- Eget prosjekt

- Hindre utkastelser
- Ingen eller mange
- Skaffe midlertidig bolig
- NAV

Ei prosjektgruppe foreslår at koordineringsansvaret, igangsetting og oppfølging av planarbeid, bostøtte, startlån m.m. og booppfølging legges til Ressurscenter helse, omsorg og velferd fra 1.1.07.

I gjeldende psykiatriplan er det forutsatt at det ved hjelp av husbankmidler skulle foretas følgende utbygging for denne målgruppen:

- 5 omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser (Kvisla)
- 5 omsorgsboliger for rusmisbrukere under rehabilitering (Reinsholm)
- 7 institusjonsplasser for eldre med langvarige psykiske lidelser (Ørmelen)

Disse utbyggingene er fullført, imidlertid noe senere enn forutsatt i planen, og er kommet i drift. Det har vært problematisk å få økonomisk dekning for tilstrekkelig bemanning, spesielt på Kvisla.

5.5.1 Inntaksnemda.

Inntaksnemda har tildelingsrett til kommunale institusjonsplasser og omsorgsboliger. Avdelingsleder ved Omsorg og velferd Vinne er pr. i dag delegert funksjonen som inntaksleder i nemda.

Det er foreslått at inntaksnemdas arbeid skal evalueres, og at det innen 2009 skal være avklart hvordan dette arbeidet i fremtida skal drives.

5.5.2 Bo- og helsetunene.

Kommunen har i dag 118 sykehjemsplasser, både korttids- og langtidsplasser.

Det er blitt gjennomført omdisponeringer og bygningsmessige endringer ved institusjonene. Det gir et mer spesialisert tilbud og en mer fleksibel utforming, som gjør det mulig med tilpasning til evt. endrede behov. Det er ukentlig tilsynslege ved institusjonene.

Antall eldre er økende og dermed opplever man et økende antall med alderspsykiatriske lidelser. 2. linjetjenesten gir ikke lengre langtidsplass i institusjoner.

En enhet ved Ørmelen Bo- og Helsetun består av 7 plasser for alderspsykiatri. Det tilstreves at brukere som har sammensatte psykiatriske lidelser og utagerende adferd skal få dette tilbudet. Enheten har gode skjermingsmuligheter. Personalet innehar stor kompetanse innen området. Enheten har et godt samarbeid med alderspsykiatrisk team ved Sykehuset Levanger.

Alderspsykiatrisk enhet er i løpet av gjeldende planperiode blitt tilført 1 stilling sykepleier med spesialutdanning innen psykiatri. Dette er i samsvar med gjeldende plan.

5.5.3 Omsorgsboliger / trygdeboliger.

Verdal kommune har ca. 90 kommunale omsorgsboliger.

I tillegg er det 38 boliger med fast bemanning som fungerer som trygghetsboliger.

Kommunen har ca. 180 trygghetsalårmer tilknyttet hjemmesykepleien.

5.5.4 Bofellesskap Kvisla og Reinsholm.

I 2005 ble det åpnet et bofellesskap for 5 brukere med alvorlig psykisk sykdom ved Kvisla, og et bofellesskap for 5 rusmisbrukere under rehabilitering på Reinsholm. Boligene har vært i bruk i vel 1 år nå, og det har vært en del utfordringer i starten. Kvisla har tilnærmet fylt opp leilighetene. På Reinsholm har man nå bosatt 3 av leilighetene. Disse bofellesskapene ligger organisatorisk under Øra omsorgs- og velferdsdistrikt, med veiledning fra rus- og psykiatritjenesten.

I en startfase har man hatt døgnbemanning ved Kvisla. Personalressursen vil etter hvert dreies over på dag og kveld. Nattpatruljen vil yte tilsyn på natta.

Utfordringen ligger i at dette er mennesker som bor i egne boliger og som vil organisere livene sine mest mulig selv, mens de samtidig har behov for oppfølging og tilsyn. Man bør tilstrebe at det ikke blir en miniinstitusjon.

Det er spesielt viktig med gode aktiviserings- og sysselsettingstiltak for beboerne. Enkelte trenger tett oppfølging for å komme i gang i tiltak.

Fremtidig bemanning ved bofellesskapene må vurderes bl.a. opp imot den planlagte booppfølgingstjenesten i kommunen og videreutvikling av tjenester til personer med psykiske lidelser.

I gjeldende plan for psykisk helse, ble det avsatt midler til 1 miljøterapeutstilling ved Kvisla. Sykepleier under videreutdanning i psykisk helsearbeid innehar denne stillingen og fungerer som daglig leder av bofellesskapet. 50 % stilling for miljøterapeut ved Reinsholm og 4 stillinger ved Kvisla (daglig leder ikke iberegnet) lønnes via øremerkede psykiatrimidler. Disse stillingene er ikke en del av gjeldende tiltaksplan.

5.5.5 Booppfølgingstjeneste.

Det pågår nå et prosjekt som skal etablere og drifte en booppfølgingstjeneste. Dette er et samarbeid mellom lensmannen, boligbyggelaget, kriminalomsorgen og kommunen. Prosjektet søker å få oppstart så tidlig som mulig i 2007. Prosjektet varer ut 2007 og har som mål å bli en del av det kommunale tjenesteapparatet fra 2008. Målgruppen er personer som har vansker i sin bosituasjon. Ved å komme inn med tidlige tiltak, kan man bidra til at disse greier å beholde botilbudet sitt eller få tilpasset bolig.

5.6 Spesialisthelsetjenesten.

Av samarbeidende instanser er spesialisthelsetjenesten meget vesentlig.

Viser til ny basisavtale som trer i kraft 01.01.07. Det felles overordnede mål i avtalen er å utvikle en effektiv samhandling for å bidra til at den enkelte pasient får et helhetlig tjenestetilbud. Avtalen omfatter alle omsorgsnivå.

Spesialisthelsetjenesten har en lovbestemt veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten. Det er utarbeidet et eget avviksskjema i f.h.t. basisavtalen.

Vårt inntrykk er at de fleste kommunale enheter har et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

5.7 Kvalitetsarbeid og internkontroll.

Internkontroll handler om virksomhetens interne styring og kontroll for å sikre forsvarlige tjenester (viser til forskrift om internkontroll).

Kommunen har et overordnet ansvar for å sikre forsvarlig virksomhet fra alle som yter kommunale tjenester. Den enkelte ansatte har plikt til å utøve sitt arbeid på en forsvarlig måte. Kvalitetsarbeid er et lederansvar, men alle er ansvarlig for å lære av sine feil og være aktiv deltakende i å søke og finne metoder og handlinger som gir forbedring av utøvelsen av arbeidet. Når det gjelder kvalitetsarbeid og internkontroll er kommunen i gang med arbeidet, men det er fremdeles vesentlige forbedringsmuligheter.

Kompetanse.

Det handler om kunnskap, ferdigheter, holdninger og verdier. Både fagkunnskap og forståelse for psykisk helse-feltet er vesentlig. Viktig å respektere og forstå hverandre og samhandle på tvers av fagområder.

God samhandling er viktig for å øke kompetansen/gi veiledning til de som er nærmest tjenestemottakerne.

Brukernes erfaringer og tilbakemelding er grunnleggende for videre kompetansebygging og kvalitetsforbedring. Tilbakemeldinger fra enkeltbrukere, dialog med brukerorganisasjoner og brukerundersøkelser forteller oss hva som er gode og kvalitative tjenester og hva som ikke er det.

Serviceerklæringer.

Disse beskriver hovedinnholdet i kommunens tjenester og avklarer hva brukerne kan forvente av tjenesteapparatet. Mange av disse er ikke tilstrekkelig oppdatert og må revideres.

Prosedyrer.

Det er viktig at en del rutiner kvalitetssikres i form av skriftlige prosedyrer.

Avvik må nedtegnes og følges opp.

Verdal kommune har bl.a. vedtatt retningslinjer og prosedyrer vedrørende individuelle planer og ansvarsgrupper. Det er behov for å styrke ansattes kompetanse på området, slik at flere tar ansvar for og er mer delaktig i dette arbeidet.

5.8 Brukermedvirkning.

Brukermedvirkning er i dag blant de fremste målsettingene for velferdspolitikken. Dette gjelder også innefor feltet psykisk helse og målbæres i all planlegging og lover både nasjonalt, på fylkesplan og lokalt i kommunale planarbeid.

Vi forstår brukermedvirkning som et gjennomført begrep for å beskrive samarbeidet mellom tjenestemottakere og tjenesteutøvere, både på individuelt nivå og på systemnivå. I denne forståelsen av begrepet ligger at brukerne har reell innflytelse i beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud.

Brukermedvirkning handler stort sett om det offentliges ansvar for å gi brukerne innflytelse i eget liv. Grunnlaget er også en anerkjennelse av pasientens kunnskap og erfaring med gjennomlevd sykdom og lidelse. Brukerperspektivet beskriver nokså allmenne tanker om menneskeverd og menneskerett. Det er viktig at det offentlige ser på bruker og pårørende som en ressurs, og at de gis muligheten til å ha reell innflytelse på egen situasjon. Ved å styrke brukernes rettigheter vil dette kunne fremme brukerperspektivet. Dette betyr at brukerens behov legges til grunn for hva slags tjenester kommunen skal gi, og at brukerne er representanter i ulike planprosesser. Det er viktig at erfaringskunnskap likestilles med tillært kunnskap.

En brukerundersøkelse for denne målgruppen er nylig gjennomført. Alle som har kontakt med Rus- og psykiatritjenesten fikk tilsendt spørreskjema. Foreløpige resultater viser at brukerne er relativt godt fornøyd med tjenestene/tilbudet.

Manglende bistand for å sikre økonomisk trygghet i vanskelige perioder og manglende avlastningstilbud i f.h.t. barna når bruker har vanskelige perioder, er blant de momenter som påpekes. Manglende informasjon om rettigheter og manglende informasjon om kommunens tjenestetilbud blir også fremhevet.

Det er for tiden ikke noe lokallag for Mental helse i Verdal.
Tiltakene i gjeldende plan i f.h.t. brukermedvirkning er bare delvis gjennomført grunnet det manglende lokallag.

DEL IV

6 Vurdering av viktige utfordringer

6.1 Vurdering av viktige utfordringer i forhold til barn og unge

Barn og unge i Norge har det stort sett meget bra. Likevel er det dokumentert at psykiske problemer og lidelser kan være det viktigste helseproblemet for barn og unge i dag. Om lag 33 000 barn og unge opp til 18 år får behandling i psykisk helsevern. Nesten 4000 barn står på venteliste. I tillegg har mange barn problemer uten å få hjelp; de oppdages ikke eller blir ikke ”fanget opp”.

HUNT-undersøkelsen viser det samme, de fleste barn og unge i Verdal det bra. Omlag 80 % svarer at de stort sett er fornøyd med livet sitt.

Men; 12-14 % sier de mistrives ofte / kjeder seg på skolen. Omlag 7 % av 16–19-åringene sier de har følt seg anspent og urolig siste 14 dager før undersøkelsen, mens vel 4 % av 13-15-åringene sier det samme. Tallene samsvarer med resten av Nord-Trøndelag fylke.

Spesielt når det gjelder barn og unge er det riktig å fokusere mer på forebygging.

Forebygging er rettet mot å fremme positiv utvikling og redusere faren for å utvikle psykiske plager. Forebygging rommer et vidt spekter av tiltak, og det skilles ofte mellom primær, sekundær og tertiær forebygging.

Primær forebygging handler om å sette inn tiltak på et så tidlig stadium at man forhindrer at psykiske problemer oppstår i utgangspunktet. Dette er generelle og allmenne tiltak som er rettet mot en større del av befolkningen, som for eksempel alle grunnskoleelever i Verdal kommune.

Sekundær forebygging har som mål å motvirke at problemer vedvarer eller videreutvikles.

Slik forebygging er mer individuelt rettet mot bestemte risikogrupper, som for eksempel elever som er særlig utsatt for å kunne utvikle psykiske lidelser.

Tertiær forebygging er tiltak som skal motvirke en forverring av de problemene som allerede har oppstått, og vil derfor ligge nært opp imot behandling og rehabilitering. Dette retter seg altså mot tungt belastede målgrupper.

Plangruppa har analysert hva vi mener er de største utfordringene fremover i forhold til barn og unge når det gjelder fare for utvikling av psykisk sykdom. Vi vil fremheve at mange har en god og stabil psykisk helse tross de momenter vi skisserer nedenfor. Søkelyset rettes mot de områder man erfaringsvis vet kan føre til psykososiale problemer.

Det er viktig å kunne tilby tilstrekkelig tverrfaglig veiledning og rådgivning i heimen.

Konklusjon:

- Miljøterapeutstillingen utvides med ½ årsverk.

6.1.1 Barn med foreldre i 2 hus.

Mange barn i Verdalsamfunnet opplever at foreldrene skiller lag. HUNT 2 -undersøkelsen viser at om lag 20 % av tenåringene i Verdal har foreldre som ikke bor sammen. De fleste familier takler dette greit og klarer å håndtere dette slik at barnet/barna blir minst mulig skadelidne.

Men en del opplever vanskelige og konfliktfylte brudd. På landsbasis havner 5 % av samlivsbrudd med barn under 16 år for retten. Samlivskonfliktene dreier seg om alt fra tildekkede konflikter til mer eller mindre åpne samlivs- og rollekonflikter.

Dette er gjerne langvarige konflikter hvor barna blir stående midt i konflikten og slites av lojaliteten til foreldrene. Barna bruker en del krefter på å få oversikt i en uoversiktlig verden. De tilpasser seg og gjør andre til lags, fremfor å ivareta egne behov.

Førskolelærere, lærere, helsestasjon, PPT, barnevern, o.a. møter noen av disse barna i ulike sammenhenger; alt fra barnet som ikke greier å konsentrere seg om skolearbeidet til det utaggerende barnet. Utfordringen er å kunne hjelpe disse familiene, slik at barna unngår å utvikle psykososiale problemer.

”Barn i krise-gruppa” jobber med å oppdatere sin kompetanse på området og vil etterhvert videreformidle kompetanse til berørte parter.

Konklusjon:

- Barn i krise-gruppa må opprettholdes.
- 2 samarbeidsmøter med familievernkontoret årlig vedrørende barn og unge.

6.1.2 ”Gråsonebarn”.

Tall fra kommunens plangruppe som arbeider med ”Plan for tverrfaglig forebyggende satsning på barn” viser at det er omlag 100–150 ”gråsonebarn” i barnehagene i Verdal kommune. I tillegg vil det finnes barn i kommunen som ikke går i barnehage, og som dermed ikke fanges opp i disse beregningene.

Gruppa definerer ”gråsonebarn” som barn med behov for spesiell oppfølging og som ikke har tiltak fra hjelpeapparatene i barnehagen, dvs. at de faller utenfor ulike former for tilbud og tiltak på grunn av at de har ikke-definerte vansker og behov. Selv om vanskene er ikke-definerte kan det være mye rundt barnet som skurrer, og faren for at definerbare vansker kan utvikles er derfor stor. Ulike kjennetegn for at barn kan karakteriseres som gråsonebarn kan være bl.a. språkvansker, atferdsvansker, fysiske og psykiske problemer, omsorgssvikt, konsentrasjonsvansker, minoritetsspråklige/tospråklige barn, og manglende modenhet.

I tillegg kan det være opphoping av problemer knyttet til hjemmet når det gjelder f.eks. økonomi, bossituasjon, samlivsbrudd, osv. Særlig oppmerksom blir man hvis flere av disse kjennetegnene opptrer rundt samme barn.

Det er viktig at vi fanger opp disse barna gjennom tidlig satsning og forebygging, og setter inn tiltak så tidlig som mulig for å sikre at så mange barn som mulig har et godt utgangspunkt for optimal utvikling, læring og livskvalitet.

Det bør vurderes å avsette egne ressurser til oppfølging og kompetanseheving i forhold til denne gruppen.

Konklusjon:

- Utrede ulike tiltak i f.h.t. ”gråsonebarna”.

6.1.3 Flyktninger.

Blant barn og ungdom med innvandrerbakgrunn er det et viktig arbeid i å styrke deres selvbilde og skape gode rollemodeller. I dette arbeidet blir helsestasjon, barnehage og skole viktige arenaer for veiledning og rådgivning.

En synliggjøring av minoritetsbarns/-ungdoms kompetanse som verdifull i det norske samfunnet er av stor betydning for deres utvikling og læring. Psykiske lidelser hos barn/unge innvandrere vil i varierende grad bli oppdaget og får som følge ulik grad av ivaretagelse. Konsekvensene vil utarte seg som lærevesker, vansker i sosiale relasjoner, fravær av deltakelse både i fritidsaktiviteter og skole med mer.

Mødrerollen står ovenfor store utfordringer. Med sin bakgrunn fra tradisjoner og kulturer med helt andre handlingsmønstre og oppdragelsesformer vil veiledning og rådgivning stå sentralt for å skape trygghet og tilhørighet til nåværende livssituasjon.

Men på en annen side viser undersøkelser at omgivelsene rundt barn/ungdom ofte overtolker hans/hennes og/eller foreldrenes bakgrunn og lar kultur/opplevelsesforklaringer overskygge individet. Dette kan medføre at den generelle kompetanse om barn og unge fortrenses. Men i møte med politi, barnevern, skole eller andre instanser er det i disse møtene erfart mangel på kunnskap i forhold til de utfordringene man har som barn/ungdom med minoritetsbakgrunn. Doktorgradsavhandling av Brit Oppedal sitat; ”Undersøkelsen viste videre at både norsk og egen etnisk kulturkompetanse fremmer psykisk helse hos innvandrerungdom, mens opplevd diskriminering og identitetskrise henger sammen med psykisk uhelse”.

For barns/ungdoms psykiske helse er det viktig at de får en opplevelse av at deres etniske bakgrunn har betydning i møte med lærere, venner og deres foreldre, trenere, naboer, omgivelsene generelt.

Konklusjon:

- Utarbeide gode rutiner omkring integrering av flyktningbarn og -unge i skole og barnehage.
- 1.gangs helseundersøkelse må omfatte psykisk helse og også omfatte barns behov.
- Innvandrerspesifikk kompetanse i f.h.t. psykisk helse videreutvikles. Tilbys alle virksomhetsområder.
- Videreutvikle foreldre/barn grupper for flyktninger med ulike aktiviteter.
- Skolehelsetjenesten for minoritetspråklige barn styrkes. Tverrfaglighet og arbeid med grupper vurderes.
- Foreldreveiledning i barnehage og skole struktureres og ansvaret legges til Ressursenter oppvekst.
- Øke bruken av morsmållærere / tospråklige assistenter / tolk i barnehager og skoler.

6.1.4 Mobbing.

Vi snakker generelt om mobbing når en eller flere personer gjentatte ganger og over en viss tid, sier eller gjør vonde og ubehagelige ting mot noen som har vanskelig for å forsvare seg. Det onde og ubehagelige kan være direkte mobbing med slag, spark, skjellsord, krenkende og hånlige kommentarer eller trusler. Erting som stadig blir gjentatt til tross for klare tegn på ubehag hos den som blir ertet, regnes også for mobbing.

Like vondt kan det være å bli utsatt for indirekte mobbing; det å bli frosset ut og ikke få være med i kameratflokket, bli baksnakket og at andre legger hindringer i veien slik at en ikke får venner.

Med dagens nye teknologi ser vi en ny form for mobbing.

Det mobbes via mobiltelefoner og data. SMS og bilder sendes for å true, såre og/eller støte. Bilder og filmer legges ut på nett. Dette er usensurert materiale, og det er ingen ”angreknapp” for det som legges ut.

Hvem blir mobbet?(fellestrekk):

1. Det passive underdanige mobbofferet

- disse er gjerne stille, forsiktige, følsomme, og tar kanskje lett til tårene
- de er usikre med liten selvtillit (en negativ selvopfatning)
- hvis de er gutter, liker de ikke å sloss, og de er ofte fysisk svakere enn mobberne
- de har ofte lettere for å omgås voksne enn jevnaldrende

2. Det provoserende mobbofferet

- de kan være hissige, og forsøke å ta igjen hvis de blir angrepet eller forulempet, men oftest uten særlig suksess
- de er ofte rastløse, klossete, umodne, ukonsentrerte og oppfattes som generelt besværlige
- en del av disse barna kan karakteriseres som hyperaktive
- de kan selv forsøke å mobbe yngre barn

Hvem mobber?(fellestrekk):

- en mer positiv holdning til vold enn barn/unge flest
- en sterk trang til å dominere og undertrykke andre barn/unge, til å hevde seg med makt og trusler for å få viljen sin
- hvis de er gutter er de ofte fysisk sterkere enn sine kamerater og særlig mobbofrene
- er ofte hissige, impulsive og med lav toleranse for hindringer og utsettelse
- har vanskelig for å underordne seg regler
- virker tøffe og viser liten medfølelse med den/de som blir mobbet
- er ofte aggressive også mot voksne, både lærere og foreldre
- er flink til å snakke seg ut av vanskelige situasjoner.

Konklusjon:

- Konfliktmegling innføres i alle skoler.
- Personale som arbeider med barn og unge skoler. PPT skoler i veiledning av personale og oppfølging av barn/unge.
- Alle virksomhetsområder innen oppvekst skal ha tilgang til miljøarbeider/-terapeut.

6.1.5 Gravide og unge mødre.

Alle gravide og unge mødre har rett til enesamtaler gjennom konsultasjoner. Den gravide selv velger om hun går til jordmor og/eller lege. Her har man mulighet til å ta opp mer ”private” ting som kan ha betydning for graviditeten eller for perioden etter at barnet er født. Dette kan forebygge fødselsdepresjoner og senere psykiske plager, som igjen kan ha betydning for barnet og familien videre.

Forsker Karin van Doesum sier at ”tett oppfølging av deprimerte mødre og barnet deres det første leveåret forbedrer samspillet mellom mor og barn og kan forebygge psykiske problemer hos barnet”. Unge gravide og gravide i risiko er en utsatt gruppe som ofte trenger ekstra oppfølging og støtte ved veiledning og rådgivning, enten individuelt eller i grupper. Den gravide har der mulighet til å møte andre i samme situasjon og til å utveksle erfaringer.

Den gravide blir bekreftet ”faglig” av jordmor på det som er normalt. Bevisstheten rundt overgangen til morsrollen økes. Kunnskap gir trygghet og bedre forutsetninger for å takle de nye utfordringer.

De ulike gruppene (gravid grupper, barselgrupper og grupper for risikomødre) i helsestasjon skal være nettverksskapende, de skal gi råd og veiledning og de skal bidra til fellesskap. Dette forebygger psykososiale problemer hos barn og foreldre.

Parkurset ”Godt samliv” tar opp temaer som forebygger konflikter i samlivet og omhandler hvordan paret kommuniserer med hverandre. Eksempelvis hvordan man ønsker å leve sammen, forventninger til hverandre, forbygging av konflikter og hvordan man skaper nettverk.

Parkurs og grupper er et tilbud til alle førstegangsforeldre med tanke på å unngå samlivsbrudd, da et evt. brudd påvirker livskvaliteten, familiens økonomi og sykefravær. Helsestasjonen ønsker å utvide dette tilbudet, ønsker å satse på foreldrene med veiledning, fellesskap og nettverksbygging. Noe som igjen kan forebygge senere problemer for barna.

Det er et ønske å starte med foreldregrupper og bruke metoden ” Webster stratton”, men dette vil kreve mer ressurser.

Nettverksgrupper for unge enslige mødre og mødre med minoritetsbakgrunn er et etterspurt tilbud. Dette ønskes utvidet for å forebygge skjevutvikling og skader hos mor og barn.

Konklusjon:

- Gi flere enslige og par tilbud om grupper og par-kurs.
- Videreutvikle nettverksgrupper og foreldreveiledningsgrupper for gravide unge mødre.

6.1.6 Barn av psykisk syke og / eller rusmisbrukende foreldre.

Diverse studier viser at et av tre barn med foreldre som har psykiske lidelser og/eller rusproblemer, også selv utvikler alvorlige problemer. Disse barna kan utvikle forskjellige typer problemer alt etter hvor de befinner seg i utviklingsfasen. Barn av psykisk syke og/eller rusmisbrukende foreldre har også noe større risiko for å bli utsatt for mishandling og for vanskjøtsel. De plages videre mer enn gjennomsnittet med somatiske problemer. Senere i livet har de i tillegg økt risiko for å rammes av psykiske problemer slik som depresjon, angstproblemer og muligens schizofreni. Som regel har disse barna dårligere kommunikasjonsferdigheter, og oftere problemer i relasjoner og med intimitet.

Noe av denne økte risikoen skyldes genetikk. Men belastninger og beskyttelsesfaktorer har stor innflytelse på hvor alvorlige problemer barn utvikler når de har en genetisk sårbarhet eller risiko. Allikevel utvikler ikke alle disse barn forstyrrelser, noen kommer bra igjennom denne risikofulle situasjonen. Det viser seg at det ikke bare finnes risikofaktorer, men også beskyttende faktorer som minsker faren for utvikling av psykiske problemer.

”Sommerglede”

Dette er sommeraktiviteter for barn og unge som lever i belastende livssituasjoner. Barne- og familietjenesten, Kontakten og Psykiatritjenesten samarbeider om tilbudet. Det arrangeres 8 turer i løpet av sommerferien. Inntil 12 barn kan delta pr. tur. Sommeren 2006 benyttet 35 barn seg av dette tilbudet.

Samtalegrupper for barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre (BAPP-grupper).

Omfatter 12-15 barn årlig. 10 kvelder for hver gruppe.

Verdal kommune startet opp med ”gjøre- og snakkegrupper” til barn av psykisk syke/rusmisbrukende foreldre høsten 03, i samarbeid med og veiledning fra Barne- og ungdomspsykiatrien Sykehuset Levanger. Det manualbaserte gruppeprogrammet for 8 – 12 åringer er oversatt fra nederlandsk, og lånes ut fra BUP. Gjøre- og snakkegruppens mål er å bidra til å forebygge alvorlige psykiske problemer hos barn som følge av psykiske eller rusproblemer hos en eller begge foreldre. Gjennom målrettet kunnskapsøking hos barnet og opplæring av spesifikke ferdigheter forsterkes beskyttende faktorer og risikofaktorer minskes.

Konklusjon:

- BAPP-gruppene og ”Sommerglede” bør fortsette.
- Det må avsettes ressurs tilsvarende ½ årsverk til BAPP-gruppene og ”Sommerglede”.
- Utarbeide rutine for å identifisere risikobarn ved mistanke om at barn lider p.g.a. foreldrenes psykiske helse.
- Gjennomføre opplæringsprogram om psykisk helse. Kompetanseheving av personale som arbeider med barn/unge

6.1.7 Bruk av rusmidler blant barn og unge.

Ruspolitisk handlingsplan bekrefter at Verdal har et rusproblem blant ungdom som må tas på alvor. Vi har en debutalder for ungdom som er urovekkende.

Ungdom drikker ofte og i større volum enn tidligere. Mange unge i vår kommune og nabokommunene har en kultur knyttet til rus som sier at det er tøft å være full, og det å tåle mye er en hederstittel. Det viser seg at det er unge jenter som er mest grensesprengende og er i ferd med å tilegne seg samme drikkemønster som guttene.

Sammenhengen mellom foreldreholdninger og ungdoms rusbruk kommer tydelig frem av brukerundersøkelsen som ble foretatt i Verdal og Levanger i 2004. Endringer av den generelle holdning til beruselse og bruk av rusmidler synes å være et område som krever stor oppmerksomhet i det fremtidige arbeidet. Vellykket forebyggings- og rehabiliteringsarbeid vil kunne spare samfunnet for mange lidelser og store ressurser.

Konklusjonen i forhold til ungdommens rusvaner i Innherred er at liberaliseringen som har skjedd i forhold til de voksnes alkoholbruk, har ført til en større aksept for bruk av alkohol blant yngre. Tidlig debutalder og større forbruk i ung alder, fører i følge forskning til større forbruk i voksen alder. Dette i sin tur fører til flere alkoholrelaterte skader og sykdommer. Faren for å utvikle misbruk av andre rusmidler er også større. Alt i alt en utvikling blant unge som gir stor grunn til bekymring.

Ruspolitisk handlingsplan er en ambisiøs plan som medfører krav til nye ressurser. Kapittel 6 i planen omhandler foreslåtte tiltak med ansvar for oppfølging innenfor flere virksomhetsområder med tidsfrister og økonomisk konsekvenser. Det er en erkjennelse at ikke alle tiltak i planen har vært mulig å få fulgt opp. Utfordringen videre er ansvarliggjøring og oppfølging fra de ulike instanser med nødvendig ressurser.

Konklusjon:

- Prioritering, økonomi og oppfølgingsansvar i Ruspolitisk handlingsplan må avklares.

6.1.8 Spiseforstyrrelser, selvskading og selvmord.

Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er svært alvorlig, og tall viser at dette er blant de hyppigste dødsårsakene blant unge kvinner i Norge i dag. Lidelsen kan deles inn i følgende kategorier: anoreksi (spisevegring), bulimi (overspising med oppkast eller bruk av avføringsmidler), tvangs- og trøstespising, ortoreksi (overdreven opptatthet av sunn mat) og svelgeproblemer, kvalme, etc. Spiseforstyrrelser kan utarte seg på forskjellige måter, men visse ting går igjen. Dette går hovedsakelig på at man har et vanskelig forhold til mat, og man har vanligvis et svært dårlig selvbilde med forakt for seg selv og sin egen kropp. Dette går igjen ofte ut over det sosiale liv, der man kan få et dårlig forhold til familie og venner, i tillegg til at man kan miste fritidsinteresser og droppe ut av skolen.

Det sterke fokus på idealer, kropp og skjønnhet i media i dagens samfunn gir oss store utfordringer i forhold til denne gruppen.

Selvskading

I følge Helsenett driver en av ti unge med selvskading. Selvskading kan forstås som utfordrende atferd med aggressive handlinger mot seg selv som utsetter personen eller andre for fysisk fare, eller som i stor grad vil føre til begrenset bruk av eller tilgang på vanlig sosial deltagelse i samfunnet. Eksempler på ulike typer selvskading kan være å slå seg i hodet, dunke hodet mot vegger og gjenstander, kløre seg til blods, kutting, risping og brenning av huden og bite seg i fingrene, leppene eller tungen. Alle formene er ikke like utbredt, og hyppighet, intensitet og alvorlighetsgrad varierer sterkt. Selvskading er en måte å bearbeide og mestre vanskelige følelser, minner og situasjoner på. Ofte kan dette være knyttet til alvorlig omsorgssvikt, traumer eller overgrep i barndommen. En person kan oppleve følelser som er for vanskelige å leve med og som man ikke greier å uttrykke. I dag blir selvskading sett på som et desperat rop om hjelp.

Selvmord

Med selvmord menes en bevisst eller viljestyrt handling som mennesket foretar for å skade seg selv, og hvor skaden fører til døden. Hvis skaden ikke fører til døden, snakker vi om selvmordsforsøk.

På Helsenett kan man lese at selvmord er den nest hyppigste dødsårsaken blant unge mennesker under 30 år. Det er en svært bekymringsfull økning blant de unge, da særlig unge menn i alderen 15-29 år. Selvmord er hele tre ganger så hyppig blant menn som kvinner. Tall viser at det er ca. 550 selvmord i året i Norge, men det finnes mørketall på ca 25 %. I tillegg er det ca 10 000 sykehusinnleggelseser pga selvmordsforsøk. Heldigvis er det et lite antall barn under 15 år som begår selvmord, man regner ca. 3-8 barn årlig. Likevel er det hele 1/3 av ungdommene som sier at de en eller flere ganger har vurdert å begå selvmord.

Det finnes ulike årsaker til at mennesker begår selvmord eller selvmordsforsøk, men noen som går igjen er blant annet utsatt sårbarhet, belastende forhold rundt seg, å bli utsatt for vonde og/eller krenkende hendelser, opplevelse av tap av en man er glad i eller tap av selvaktelse/selvbilde. Unge som har en psykisk sykdom eller som misbruker rusmidler er spesielt utsatt.

Konklusjon:

- Gruppe til å evaluere dagens virksomhet for barn og unge opp mot psykisk helse opprettes. Evalueringen skal omhandle evt. forslag til endringer i aktiviteten.

6.1.9 Læringsmiljø og lærevansker.

Elever som til tross for tilpasset opplæring ikke har et forsvarlig utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, kan defineres som elever med lærevansker. Da vil det være ulike forhold som hindrer eleven i å tilegne seg kunnskap. Det deles ofte inn i tre hovedgrupper:

- *Generelle lærevansker* vil si at en elev fungerer dårligere enn hva man kan forvente ut fra alder på forholdsvis mange og viktige områder av læring og utvikling. Eleven har generelt sett svake læreforutsetninger pga at han/hun har forsinket utvikling og modning, lavt utviklingsnivå, eller hjerneskade/evneretardasjon. Svært mange barn med generelle lærevansker har sosiale vansker i den forstand at de ikke er inkludert i alderssvarende sosial sammenheng.
- *Spesifikke lærevansker* betyr at eleven til tross for gjennomsnittlige evnemessige forutsetninger, har spesifikke vansker innen lesing, skriving og/eller matematikk. Denne type lærevansker er knyttet til en mer avgrenset funksjonssvikt som viser seg på spesifikke områder, som f.eks. dysleksi. Når lærevanskene er spesifikke, er det manglende samsvar mellom elevens prestasjoner på det spesifikke området og evnen til innlæring for øvrig.
- *Sammensatte lærevansker* vil si at eleven i tillegg til generelle lærevansker har tilleggsvansker av sosial, emosjonell eller spesiell nevrologisk karakter. Sosiale og emosjonelle vansker forekommer f.eks. tre til fire ganger hyppigere i denne elevgruppen enn det som er vanlig. Noen av elevene er innadvendte og lukkede, andre er utagerende. De har ofte store oppmerksomhetsvansker, konsentrasjonsvansker, lite variert atferdsrepertoar og et omfattende opplæringsbehov. Sammensatte lærevansker kan innebære at eleven har både generelle og spesifikke lærevansker.

Et godt læringsmiljø (fysisk og psykisk) har stor betydning for barns trivsel og læring. Å arbeide målrettet mot dette vil være et svært viktig forebyggende tiltak i forhold til psykisk helse, og det vil være en forutsetning for at unge med psykiske vansker skal ha utbytte av sin skoledag. Det er stor sammenheng mellom lærevansker og psykiske vansker.

Konklusjon:

- Utprøve metoder som gir økt fokus på læringsmiljø samt arbeide mer forebyggende på dette området.
- Ressursene til spesialpedagogiske tiltak i forhold til enkeltelever dreies til å styrke den generelle klassesituasjonen.
- Mer fokus på utforming av skolebygg i forhold til innhold. Helsepersonell skal delta i planarbeidet.

6.1.10 Angst, depresjon og atferdsvansker.

De fleste barn og ungdommer i Verdal er friske og har en god fysisk og psykisk helse. Men mange opplever at det er stadig mer krevende å være ung. De opplever påvirkninger og forventninger fra mange kanter; i f.h.t. skolerresultater, vellykkethet, ”komme seg fram i livet”, etc. Dette føles ekstra vanskelig for noen, og det påvirker deres psykiske helse. Forskning viser at 15-20 % av barn og unge har psykiske vansker som påvirker deres funksjonsnivå.

Hos de yngste barna er atferdsforstyrrelser mest utbredt, men etter puberteten er angst og depresjon mest fremtredende. Det antas at 4-7 % er behandlingstrengende, og fordrer et tilbud i spesialisthelsetjenesten. De øvrige må kommunen utarbeide og organisere et tilbud til.

Det er viktig med tidlig problemidentifikasjon og tidlig hjelp. Det vil ofte forkorte sykdomsforløpet hos den enkelte og generelt føre til mindre omfattende ressursbruk over tid. Og det stiller oss ovenfor en del utfordringer; Det gjelder utvikling av kompetanse til å fange opp problematikken og til å møte den. Det gjelder å sørge for arenaer hvor barna/ungdommene kan ta opp sine problemer. Og det gjelder mulighet til å sette i verk tiltak tilpasset den enkelte. Det er en stor utfordring for primærhelsetjenesten å kunne vurdere når behandling og oppfølging kan ivaretas av kommunen og når tilstanden krever henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Konklusjon:

- Pedagogisk personale må få økt sin kompetanse vedrørende tidlige tegn på psykiske vansker, ved gjennomføring av opplæringsprogram om psykisk helse.
- Psykologressursen disponeres av begge ressursentrene i kommunen.
- Jfr. konklusjoner i pkt. 6.1.8 og 6.1.9.

6.1.11 Foreldrefravær.

Foreldre som er psykisk syke kan ofte ha vanskeligheter med å klare å delta i møter på skole/ barnehage, være med på ulike sosiale aktiviteter med barna osv. Dette ut fra deres sykdom som gjør det vanskelig å møte i ulike sosiale sammenhenger, for eksempel på grunn av sosial angst, depresjon o.l.

Disse foreldrene kan bli stemplet/oppfattet som uengasjerte eller at de ikke bryr seg om barna. Mens det er slik at foreldrene i realiteten sliter med psykiske problemer og faktisk ikke makter å møte fram på sammenkomstene.

Det at foreldre ikke klarer å følge opp/delta i sosiale sammenhenger med barna sine, kan oppleves vanskelig og belastende for barna. Det blir vanskelig for barna at de ofte må delta alene, de føler seg annerledes enn de andre barna som har med seg sine foreldre. Barna får mer ansvar for seg selv enn de som har foreldre som kan støtte opp. Dette kan føre til at barna etter hvert kvier seg for å delta, de velger å unngå slike situasjoner. De vil da gå glipp av felles sosiale opplevelser sammen med sine foreldre og andre. Dette kan få betydning for barnas psykiske helse da de etter hvert opplever/tror det er noe galt med dem etter som at deres foreldre sjelden møter. At foreldre ikke klarer å delta i sosiale sammenhenger, kan gjøre at de går glipp av viktig informasjon som angår hverdagen til deres barn, de mister et fellesskap med andre foreldre, det blir vanskeligere å oppdatere seg på hva som er viktig for deres barn.

Det å ha foreldre som i mindre grad deltar, vil gjøre det utrygt for et barn. Barn finner stor trygghet i å vite at foreldrene deres er tilstede.

Traumatisert barn/ungdom med innvandrerbakgrunn har mindre mulighet til bearbeiding med foreldre/omsorgspersoner ut fra ulikt syn på voksenrollen og helsespørsmål.

Konklusjon:

- Utrede foreldrestøttende metoder for foreldredeltagelse på de arenaer hvor barn og unge befinner seg.

6.1.12 Barn som blir utsatt for omsorgssvikt, mishandling og/eller seksuelle overgrep.

Omsorgssvikt

Alle barn har grunnleggende behov som må dekkes for at de skal kunne utvikle seg og modnes. Eksempler på slike behov er omsorgsfulle voksne, mat, stell og bli sett. Barn vil ta skade dersom disse behovene ikke dekkes, og disse skadene kan gå utover barnets fysiske og psykiske helse. Årsaken til at enkelte barn utsettes for omsorgssvikt kan være flere. Det er ikke uvanlig at foreldrene selv har blitt utsatt for omsorgssvikt, og at det går i generasjoner. Ofte har også foreldrene nok med seg selv og sine problemer slik at de ikke evner å ta vare på barnet. Slike problemer kan være samlivsproblemer, rusmisbruk eller problemene kan være usynlige utenfra.

Ved tilfeller av omsorgssvikt er det barnevernet som har mulighet til å gå inn med hjelp, og da kan det være behov for alt ifra praktiske og kortvarige tiltak til omfattende tiltak som omsorgsovertakelse. Det viktigste er at barnet har det bra, og at man tenker på barnets beste, både når det gjelder den fysiske og psykiske helsen.

Mishandling/vold

Ifølge forsiktige overslag fra Alternativ til Vold, utsettes hvert år 100 000 barn i Norge for vold. Det meste av denne volden skjer i all hemmelighet i familien uten at noen griper inn. Vold mot barn har mange ansikter: Barn som er vitne til at den ene forelderen (oftest far) slår den andre, barn som selv blir slått av far eller mor, seksuelle overgrep, kjønnslemlestelse, vold og misbruk gjennom internett og barn som misbrukes i samlivskonflikter mellom mor og far.

Seksuelle overgrep

Seksuelle overgrep kan ligge bak psykiske symptomer hos barn og voksne. Seksuelle overgrep mot barn defineres som enhver seksuell kontakt mellom et barn (under 16 år) og en barnet har et avhengighetsforhold til. Overgriperen er oftest en som står barnet nær; far, stefar, bestefar, bror eller nabo. Seksuelle overgrep mot barn er svært skadelig og det er ofte de psykiske skadevirkningene som er verst.

Konklusjon:

- Rutiner for håndtering av saker som gjelder mistanke om seksuelle overgrep må fullføres og iverksettes.
Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Barn i krise - gruppene i Verdal og Levanger.
- Det utarbeides rutiner ved mistanke om vold i heimen.
- Det må lages en plan for kompetanseheving og -spredning vedrørende barn som utsettes for mishandling, vold og seksuelle overgrep.

6.1.13 Barn med funksjonshemming.

Barn med store funksjonsnedsettelse har ikke mulighet for normal sosial fungering og er i stor grad avskåret fra å delta i aktiviteter barn i tilsvarende aldersgruppe deltar i. Mange funksjonshemmede barn opplever dessuten ubehag, frustrasjon og nederlag i sin utvikling av nye ferdigheter og prestasjoner. Selvfølelsen er sårbar.

Mange opplever ensomhet, - har få eller ingen venner. Det kan være vanskelig å uttrykke følelser. Noen har tale- og språkforstyrrelser, eller ingen verbal kommunikasjon i det hele tatt. Det kan være vanskelig å forstå eller bli forstått. Dette kan igjen føre til uro, frustrasjon, aggresjon, depresjon. I noen tilfeller også selvskading og forsøk på selvmord.

Barna vil etter hvert forstå at de er annerledes enn andre – og kan få problemer med å akseptere dette. Annerledesfølelsen kan være ganske intens. Grad av åpenhet i heimen er således viktig. Åpenhet og informasjon er viktig for å bedre og ivareta den psykiske helsen.

Funksjonshemmede barn/ungdom har også en seksualitet. Det kan oppstå spenninger og uro i denne forbindelse. Forskning viser at mange blir seksuelt misbrukt og utnyttet. Barna må få informasjon om egen seksualitet på lik linje med andre – lære om grenser for seg selv.

Funksjonshemmede barn/ungdom kan oppleve å være den som – i tillegg til å skulle bære belastningen ved å ha en kronisk sykdom eller funksjonshemming – også er den indirekte årsaken til at familien lever annerledes enn andre. De kan oppleve foreldrenes frykt, stress, uro og sorg som ekstra belastende. Mange sliter med skyldfølelse. Noen barn utvikler spiseforstyrrelser – og har fysiske plager som de ikke kan fortelle om. Dette kan resultere i fortvilelse og angst.

Funksjonshemmede barn må få oppgaver de kan mestre, og som styrker troen på egen evner og muligheter – på tvers av reelle begrensninger. De er avhengig av et livslangt helhetstilbud med opplæring, arbeid, fritid og bolig. Tverrfaglig samarbeid er nødvendig ved sammensatte behov. Brukermedvirkning og utarbeidelse av individuell plan er sentralt i denne sammenheng.

Funksjonshemmede barn/ungdom kan ha stor nytte av å møte andre i liknende/samme situasjon. Likemannsarbeid og foreldre/familienettverk anbefales.

Det er dessuten viktig å se mulighet for å utnytte/utvikle den enkeltes ressurs.

Konklusjon:

- Kompetanseheving på området er viktig både for foreldre og hjelpeapparatet.
- Likemannsarbeid videreutvikles, i samarbeid med brukerorganisasjoner.

6.2 Vurdering av viktige utfordringer i f.h.t. voksne.

Psykisk helsearbeid er et stort fagfelt som berører mange områder. Verdal kommune har fremdeles mange utfordringer og uløste oppgaver for å kunne tilby et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Prosjektgruppen har kommet frem til følgende utfordringer som de viktigste i arbeidet opp mot den voksne delen av befolkningen i kommende planperiode:

6.2.1 Eldre med psykiske lidelser.

Utviklingen de senere år viser at stadig flere, særlig eldre flytter inn til sentrum både fra distriktene til byene og fra distriktene og inn til bygdesentrene. Mobiliteten i befolkningen øker, og flere reiser også i lengre perioder utenlands deler av året. Avstanden til både familie, venner og nettverk blir større. Levealderen øker og stadig flere lever lengre alene. Forskning viser at mange eldre sliter med depresjoner som følge av ensomhet. Økende rapportering fra helsepersonell i både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten om forvirringstilstander og spiseforstyrrelser som skyldes ensomhet blant eldre gir grunn til bekymring og behov for å finne tiltak som er rettet mot denne utfordringen. For å forebygge depresjoner og apati kreves gode og mangfoldige aktivitetstilbud. Viktig å gi dagen et innhold for alle aldersgrupper på flere nivå.

Prognosen viser at antall eldre over 80 år vil nå en topp i 2007-2008. Antallet over 90 år vil stige helt fram til 2017. Ut fra dette samt at det generelt er et økende antall med psykiske lidelser, kan en anslå at antallet eldre med psykiske problemer også vil være økende.

Demens og depresjon/angst utgjør den største andelen av psykisk sykdom blant eldre.

Det er en økende frekvens av psykisk sykdom blant eldre kvinner enn eldre menn. En del eldre med psykisk sykdom blir ikke diagnostisert av ulike årsaker; pårørende ”skjuler” symptomene, pasienten søker ikke legehjelp, problemene kan være vanskelig å diagnostisere, det foreligger flere sykdommer samtidig, det kan være manglende observasjonsrutiner i primærhelsetjenesten.

Det er mange utfordringer i f.h.t. eldre og psykisk helse. Helseforetaka legger ned/innskrenker plassene for behandling/rehabilitering. Terskelen for innleggelse i 2. linjetjenesten øker. Mange eldre greier ikke å nyttiggjøre seg polikliniske tilbud, som mye av dagens behandling er basert på. Det er et økende press på hjemmesykepleien og dermed lite ”samtaletid”.

Mange flytter fra kjent nettverk til urbane, boligette miljø, og kjenner på større alenefølelse.

Pr. dato har kommunen 7 plasser forbeholdt alderspsykiatri. Inntaksnemnda innvilger den enkelte plass etter søknad.

Disse plassene blir ofte ”låst” selv om det vurderes flytting ut av denne enhet når tilstanden tilsier det. En av plassene ved alderspsykiatrisk enhet skal benyttes til utrednings-, vurderings- og korttidsopphold.

Trygghetsboligene er et godt supplement til institusjon. Det er et tilbud på ett lavere nivå, men tilstedeværelsen av fast personell skaper den nødvendige trygghet i hverdagen.

Det er vesentlig at fastlegene tar pasienten på alvor selv om han/hun er eldre og henviser pasienten til alderspsykiatrisk utredningsteam ved Sykehuset Levanger.

Det er viktig med kompetanseflyt. Det bør være en kontaktperson innen psykiatritjenesten opp mot det enkelte distrikt til veiledning/rådgivning opp mot den enkelte uansett bosted.

Kompetansehevede tiltak må videreutvikles (jfr. kursene om trusler, vold, sorg og kriser) og best mulig bruk av kompetansen må sikres.

Konklusjon:

- Det må opprettes samarbeidsavtaler mellom NAV og Verdal kommune som dekker dette området.
- En av plassene ved alderspsykiatrisk enhet ØBH skal brukes til utrednings- og vurderingsplass.
- Kompetanseheving i tilknytning til utredningsplass alderspsykiatri.
- Fagkompetanse og kommunal ressurs på aktiviseringsavdelingene ved institusjonene økes.
- Transport for aktiviseringsstilbud samordnes.

6.2.2 Lettere psykiske lidelser.

Omtrent halvparten av befolkningen opplever psykiske vansker i løpet av livet. Det er ingen entydig grense mellom alvorlige psykiske lidelser og såkalte lettere psykiske vansker.

Psykiatritjenesten opplever et stadig økende antall henvendelser. De mest vanlige er angst og depresjon. Men også psykososiale problemer, psykosomatiske problemstillinger, selvmordsproblematikk, spiseforstyrrelser, rusproblemer, arbeidsrelaterte problemer, sorg og livskriser, etc. møter man i arbeidshverdagen.

Denne økningen i antall henvendelser rapporteres også fra spesialisthelsetjenesten, og psykiatrisk avdeling signaliserer en større grad av prioritering av pasienttilstrømmingen.

Det kan være mange og ulike årsaker til økningen i antall henvendelser. Mindre nettverk, større arbeidslivskrav, økt antall samlivsbrudd, stadig økende krav til vellykkethet, m.m. kan være årsaksfaktorer.

Dette blir etter hvert en utfordring; På den ene siden psykiatireformen som fordrer et tilfredstillende apparat for de alvorligst psykisk syke i kommunen og på den andre siden et stadig økende antall personer med ”lettere” psykisk sykdom. Det er ikke mulig å gi et fullverdig tilbud til alle.

Kommunens målsetting er økt fokus på forebygging. Deriblant å unngå at ”lettere” problematikk ender i langvarig psykisk sykdom.

Det er viktig å unngå at en slik dreining går ut over tilbudet til de alvorligst syke.

Veiledning og rådgivning til samarbeidspartnere blir svært vesentlig fremover. En viss grad av basiskompetanse om psykisk helse, holdninger og tilnærminger er viktig for alle som jobber opp mot brukere med psykiske problemer.

Konklusjon:

Minst 20 % av kommunens psykiatressurs brukes opp mot veiledning og rådgivning.

6.2.3 Flyktninger og psykiske problem.

I forhold til flyktninger med oppholdstillatelse i Norge viser undersøkelser at fra 10-30 % av disse er ekstremt traumatisert. Ved et forsiktig estimat kan en anslå at det i Norge bor 10 000-15 000 mennesker som har vært utsatt for tortur. Det innebærer at fra 10-30 000 flyktninger lever med betydelig traumebelastning. Både menn og kvinner er blitt torturert, mange av dem er ganske unge. Mindre barn kan være torturert, gjerne for å ramme foreldre (Reidun Brunvatne).

Følgetilstander kan bli kroniske helseplager, samt vanskeligheter med sosial tilpasning, evne til nylæring og til å kunne fungere i arbeidslivet (Sverre Varvin, 2003).

På dette grunnlag kan vi anslå at ca. 15-40 personer i Verdal er traumatisert. Posttraumatisk stressyndrom opptrer med en latensperiode fra noen få uker til flere måneder, men sjelden mer enn seks måneder. Forsinket posttraumatisk stresslidelse kan dukke opp sent i livet etter en latensperiode på 15-25 år.

Den frigjøring fra sterke familietradisjoner og faste kjønnsrollemønstre som vi opplever i den vestlige verden kan virke som en trussel for mennesker med innvandrerbakgrunn. En mann i eksil risikerer i større grad enn kvinner å oppleve et fall i status, noe som virker truende for selvbildet og selvaktelsen, og utfordrer mannens/fars autoritet. I noen familier kan det skje at eksilets påkjenninger fremprovoserer voldelige tendenser hos mannen.

Styrking av mestringspotensialet ved tidlig intervensjon er av forebyggende karakter.

De fleste flyktninger med psykiske problemer må få den hjelpen de trenger innenfor primærhelsetjenesten, forankringen for flyktningen er i primærhelsetjenesten i samarbeid med primærlege. Men ut over dette vil henvisninger gå videre til andrelinjetjenesten.

Konklusjon:

- 1.gangsundersøkelse må omfatte kartlegging av psykiske lidelser.
- Kommunalt ansatte som har primærkontakt med flyktningen melder bekymringer til hjelpeinstanser.

6.2.4 Psykisk syke foreldre.

I tillegg til jordmor og helsestasjon, har allmennlegene og voksenpsykiatrien viktige funksjoner i forhold til psykisk syke foreldre. Et ”barneperspektiv” hos allmennlegene og voksenpsykiatrien er derfor nødvendig, fordi de kan være den første som får kjennskap til hele familiens vansker og behov.

Å ha et barneperspektiv i behandlingen handler om å spørre om pasienten har barn, og om å fokusere på foreldrefunksjonen og på pasienten si evne til å fylle de ulike funksjonene som omsorgsperson.

De fleste takler foreldrerollen bra, men kan likevel ha behov for ulike former for støtte. Undersøkelser viser at småbarnsforeldre med støtte fra nær familie har mindre problemer enn de som ikke har slik støtte.

En annen viktig oppgave for behandlere er å motivere pasienten til å ta imot støtte eller andre hjelpetiltak, som har betydning for familiesituasjonen.

Konklusjon:

- Almennlegeutvalg setter på dagsorden identifisering av barn som lider p.g.a. foreldrenes psykiske helse.
- Miljøterapeutstillingen økes med ½ årsverk. (Hjelp i heimen i form av veiledning og rådgivning).

6.2.5 Rusarbeid.

Det vises til Ruspolitisk handlingsplan.

Rusundersøkelsen blant ungdom i Verdal i 2004 viste at ungdom inntar alkohol oftere og i større volum enn tidligere. En utvikling som gir grunn til bekymring, da forskning viser at tidlig debutalder og større forbruk i ung alder fører til større forbruk i voksen alder. Liberaliseringen som har vært i f.h.t. voksnes alkoholbruk, har ført til en større aksept for bruk av alkohol blant yngre. Ungdommen synes – i følge undersøkelsen – stort sett å ha en kritisk holdning til illegale rusmidler. Undersøkelsen viser også at veien til narkotika ofte går via røyking og eksperimentering med alkohol.

Signaler fra impliserte parter tyder på en relativt stor ungdomsgruppe som eksperimenterer med rus. Det er viktig å nå disse ungdommene tidlig og å ha de riktige virkemidlene for å nå dem.

TIGRIS står for tidlig intervensjon i f.h.t. rusmiddelbruk rundt graviditet og i småbarnsperiode, og er et satsningsområde i Verdal. Målet er å hindre rusmiddelbruk i graviditet og hindre belastende rusmiddelbruk i spe- og småbarnsperiode. Det er opprettet en ressursgruppe i kommunen, som skal sikre gode rutiner for arbeidet og sørge for kompetanseflyt.

Verdal og Innherred forøvrig har et tungt rusmiljø. Verdal har flere i LAR-behandling (se eget avsnitt om LAR) enn mange sammenlignbare kommuner.

Det er gjort mange grep i f.h.t kommunens rusarbeid de senere år (se kap.5.4), men det er fremdeles store utfordringer på feltet.

Ikke alle med rusproblemer greier ”å stå i” behandling og tiltak. Av ulike årsaker mestrer de ikke/har de ikke som mål å bli rusfrie.

Disse menneskene må hjelpes og støttes til et verdig liv. Dette gjennom egnede boliger og tilpasset oppfølging. Det anslås at ca. 10-12 rusmisbrukere er uten tilpasset bolig.

Arbeid med mennesker med rusproblematikk er tidkrevende og har et langsiktig perspektiv. Det henvises stadig nye, samtidig som få avsluttes. Det behøves mere ressurser for å møte dette økende behovet.

Tjenesteapparatet har relativt liten kontakt med personer med alkoholproblemer. Pleie- og omsorg og Rus- og psykiatritjenesten møter noen, men ut fra statistikk er det nok flere.

Det er viktig å utarbeide et godt tilbud for å nå denne gruppen.

Innherred HMS bistår sine medlemsbedrifter i f.h.t. rusarbeid (AKAN-arbeid). Alt fra oppfølging av enkeltpersoner til generelt informasjonsarbeid. Mange familier befinner seg i en krisesituasjon eller sliter p.g.a. et familiemedlems rusmisbruk. FMS – Foreningen Mot Stoff arbeider lokalt opp mot rusmiddelproblematikk. Målet for foreningen er å gi hjelp og støtte for pårørende, drive informasjonsvirksomhet og være ”pådriver” opp mot andre aktører. Det er viktig med et godt samarbeid mellom FMS og kommunen.

Konklusjon:

- Utredning/skaffe tilfredstillende bolig til ca. 10 rusmisbrukere. Enkle, rimelige lavterskel botilbud.
- Igangsatte sysselsettings- og aktivitetstiltak for rusmisbrukere evalueres.
- Tiltak for rusmisbrukere i ventetid på institusjonsbehandling /LAR-behandling skal opprettes.
- TIGRIS videreutvikles.

6.2.6 Kronisk syke/fysisk funksjonshemmede og psykiske lidelser.

Mennesker med kroniske sykdommer og/eller fysisk funksjonshemming vil kanskje oftere bli utsatt for psykiske lidelser enn resten av befolkningen. Grunnen til dette ligger nok i deres sykdomsbilde, der de i utgangspunktet har en kronisk sykdom/funksjonshemming som kan påvirke deres evne til å fungere optimalt i samfunnet. Dette gjelder både i forhold til jobb og fritid. Isolasjon som følge av for eksempel smerter i forbindelse med deres sykdom/funksjonshemming er ofte faktorer som kan være med på å forringe deres livskvalitet, og som på sikt kan føre til psykiske lidelser. Det finnes dessverre liten forskning på dette området som kan indikere hvor stort antall kronisk syke/funksjonshemmede dette kan gjelde, men vi kan se for oss at det kan gjelde et stort antall, da kronisk sykdom og funksjonshemming omfatter så mange forskjellige typer sykdommer og funksjonshemminger.

En utfordring i forhold til dette kan være å prøve å tilby hjelp i form av samtaler og veiledning så tidlig som mulig etter diagnostiseringen. Dette kan være med på å forebygge evt. senere psykiske lidelser som kan komme som en ”bivirkning” av sykdommen/funksjonshemmingen. Dette vil nok også være med på å forberede disse menneskene på at de faktisk kan komme til å utvikle en psykisk lidelse, slik at de kan være forberedt på det, og at terskelen for å søke hjelp blir lavere.

Konklusjon:

- For å forebygge psykiske vansker, tilbys kronisk syke/funksjonshemmede samtale med fagpersoner og/eller likemenn med kompetanse på sykdommen/funksjonshemmingen innen 3 mnd. Prosedyre utarbeides.

6.2.7 Mennesker med psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser.

I stortingsmelding nr. 25 (1996-96) Åpenhet og helhet (psykiatrimeldingen), fremgår det at ca. 50 % av de utviklingshemmede har psykiske lidelser av ulik alvorlighetsgrad. Mangel på fagutdannet personell med kompetanse på utviklingshemming medfører bl.a. at psykiske lidelser og atferdsproblemer ofte ikke blir håndtert på en tilfredsstillende måte. Personer med psykisk utviklingshemming har hele spekteret av psykiske lidelser (såkalt dobbeldiagnose), og psykiske lidelser er mer utbredt blant personer med psykisk utviklingshemming enn i resten av befolkningen (3 ganger mer enn hos andre). Jo større grad av mental retardasjon, jo større risiko for utvikling av psykiske lidelser.

Utfordringene i forhold til dette vil hovedsakelig være i forhold til å kunne yte tilstrekkelig hjelp til disse menneskene, både i første og andrelinje tjenesten. Det kan ofte være vanskelig for personalet rundt disse menneskene å vite hva som kommer av utviklingshemmingen, og hva som kommer av de psykiske lidelsene. Ofte har disse menneskene vanskelig for å uttrykke seg verbalt, og det oppstår da ofte vanskelige situasjoner som kan være utfordrende å takle både for brukeren og for personalet. Det er derfor særdeles viktig at hjelpeapparatet rundt brukeren har kompetanse på feltet, både når det gjelder psykisk utviklingshemming, og psykiatri. Jo bedre kompetansen hos tjenesteyterne er, jo bedre tilbud kan vi yte.

En annen utfordring vil nok være å erkjenne at psykiske lidelser er så utbredt blant mennesker med psykisk utviklingshemming. Utagerende atferd og annen uro kan nok ofte blir avfeid som en del av deres utviklingshemming, mens det i virkeligheten faktisk kan være et signal på psykiske lidelser, og et rop om hjelp.

Konklusjon:

- Alle psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser skal tilbys individuell plan.
- Det gjennomføres årlig minst ett tverrfaglig tiltak som hever kompetansen om psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser.

6.2.8 Fattigdomsproblematikk.

Undersøkelser viser en sammenheng mellom psykiske lidelser og lavinntektsproblemer. Psykisk sykdom kan være medvirkende eller direkte årsak til lav inntekt, fordi sykdommen kan medføre problemer for utdanning og arbeidsdeltagelse samt for utvikling av sosiale ferdigheter.

Trang økonomi vanskeliggjør tilgangen til boligmarkedet og kan ekskludere personen fra den sosiale arena (eksempelvis treningssenter, konserter, ferie, etc.)

Enkelte barn og unge lever i familier med så begrensede økonomiske ressurser at de kan karakteriseres som fattige. Dette gjelder 3,5 % av alle barn under 18 år i følge regjeringens handlingsplan mot fattigdom. Når økonomien hindrer barn i å ta del i normale aktiviteter og fellesskap med andre barn, så gjør dette noe med disse barna. Regjeringen ønsker å styrke innsatsen mot fattigdom i statsbudsjettet for 2007, spesielt med tiltak for å styrke arbeidsmarkedstilknytningen for de som står lengst fra arbeidsmarkedet, og med tiltak for å sikre deltagelse og inkludering av utsatte barn og unge. Dette arbeidet må gjenspeiles i Verdal kommune også.

Priser på kommunale boliger må ligge på et slikt nivå at de som mottar de laveste trygdeytelsene har mulighet til å benytte dem.

Gjeldsrådgivning og bistand med økonomistyring må kunne tilbys over lengre perioder. De som deltar i ulike arbeids- og sysselsettingstiltak, må få godtgjøring for jobben de utfører selv om de mottar trygdeytelser. Samtidig som det gir noen kroner ekstra vil det virke motiverende i f.h.t. arbeidsinnsats og deltagelse også.

Konklusjon:

- Tilby gjeldsrådgivning/bistand til økonomistyring.
- Tilstrebe å gjøre det mulig for alle barn og unge å delta i aktiviteter i kommunal regi uavhengig av økonomi.
- Sette ned et utvalg som vurderer godtgjøring for deltagelse i arbeids- og sysselsettingstiltak.

6.2.9 Spilleavhengighet.

Spilleavhengighet er en tilstand hvor en person har blitt avhengig av pengespill, og har mistet kontrollen over sitt forbruk. I diagnosesystemene ICD og DSM er tilstanden klassifisert som en sykdom. Behandlingsmåten har likhetstrekk med annen behandling av avhengighet, som rusmiddelmisbruk. Et typisk trekk ved spilleavhengighet er at personen spiller bort mer enn han eller hun har råd til å tape, noe som kan få store følger også for familien.

I senere år har man i flere land satt søkelys på spilleautomater i forbindelse med spillegalskap. Omlag 80 % av de som søker behandling i Norge oppgir automatene som hovedårsak til at de har mistet kontrollen. Årsakene til dette ser ut til å være tilgjengelighet, rask innsats og rask avklaring, umiddelbar utbetaling ved gevinst og mulighet for høye premier. Spill på internett har også blitt tatt opp i denne forbindelse; også der er tilgjengelighet en viktig faktor.

I følge en undersøkelse foretatt av MMI, så lider 1,9 prosent (71.000) av befolkningen av pengespillproblemer. I tillegg kan 3,6 prosent av befolkningen (133.000) klassifiseres som spillere med moderat risiko for å bli ”smittet” av spilleavhengighet. Totalt utgjør dette over 200.000 mennesker i Norge.

Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Levanger har utarbeidet et gruppebasert tilbud for spilleavhengige.

Konklusjon:

- Det må gis informasjon om spillavhengighet til befolkningen. Distribusjon av slik informasjon må ivaretas gjennom et felles kommunalt informasjonssystem.

6.2.10 Alvorlig psykisk syke.

Alvorlig psykisk syke er en gruppe som tidligere i størst grad ble behandlet i institusjon. Psykiatireformen sikret alle rett til å bo i hjemkommunen i egen bolig. Primærhelsetjenesten fikk ansvaret for oppfølging av den enkelte. Erfaringer har vist at kommunehelsetjenesten har hatt store utfordringer i forhold til denne gruppen både med tilpasset bolig, nødvendig kompetanse og ressurser i forhold til helhetlig oppfølging.

Det er viktig å beholde fokus og prioritering videre i f.h.t. denne gruppen.

Det gjelder bl.a:

- Tilfredstillende bolig med tilstrekkelig bistand.

En tilrettelagt bolig kan være utformet som en selvstendig bolig i den ordinære boligmassen, samlokaliserte boliger eller bofellesskap / bokollektiv. Planlegging av boliger til denne gruppen må være en integrert del av det øvrige planarbeidet. Økonomiske hensyn må være en del av dette planarbeidet; fremtidige beboere må ha råd til å bo i boligene.

Nå har kommunen bofellesskapet Kvisla og alderspsykiatrisk enhet. Man mangler fremdeles boliger for de som ikke trenger så tett oppfølging.

- Mulighet til å delta i meningsfulle aktiviteter og til å inngå i et sosialt fellesskap.

Gjelder all tilrettelegging ved ordinære arbeidsplasser, opprettelse av ulike kommunale aktivites- og sysselsettingstiltak, støttekontaktvirksomhet, dagsenter, m.m. ”Trykket” må holdes oppe slik at eksisterende tiltak videreutvikles og evt. nye planlegges.

- Tilgjengelige og trygge tjenester.

Det betyr tilfredstillende kompetanse, godt tverrfaglig samarbeid, stabil kontakt og oppfølging over lang tid. Dette er i stor grad et relasjonsarbeid, og tidsnød og gjennomtrekk av personell er svært lite heldig.

Konklusjon.

- Nødvendige tjenester ovenfor alvorlig psykisk syke opprettholdes/videreutvikles gjennom samhandling mellom NAV og kommunale tjenester.

6.2.11 Familievold.

Vold er bruk av makt for å hindre et annet menneske å gjøre som personen selv ønsker, eller å påføre et menneske noe det ikke ønsker eller ikke har godt av gjennom å skremme, skade, true eller såre. Det er ulike typer vold (fysisk vold, materiell vold, seksualisert vold, psykisk vold). Mye av volden skjer innad i familien. 100000 barn opplever og lever med vold i nære relasjoner i Norge. Barn eksponeres for volden på ulike måter:

- Gjennom å være direkte tilstede (enten ved å bli utsatt for vold selv eller å være vitne til vold mot andre).
- Gjennom å oppleve følgene av volden (fysiske, psykiske og materielle skader, redusert omsorgsevne).
- Gjennom familiekulturen (fortielse og tildekking, skyld og skam).

Vold kan føre til vedvarende traumatisering, varig endring av selvfølelse og selvbilde, endring av personlighet og følelsesliv. Fysisk og psykisk sykdom kan bli følger av vold. Barn mister sitt grunnleggende behov for omsorg og trygghet, de mister tilliten til at de nære voksne skjermer og beskytter dem, de blir ikke sett.

Krisesenteret i Verdal sier de opplever stadig tyngre og mer kompliserte saker, ofte med barn i bildet. Flere trenger mer spesialisert hjelp, og det er ikke alltid like greit å få til. Leder av krisesenteret tilbys veiledning hos psykiatrisk sykepleier.

Konklusjon:

- Nødvendig kompetanseheving om familie vold legges inn i Strategisk kompetanseplan.
- Det utarbeides rutine til å avdekke og arbeide med familie vold.

6.2.12 Arbeid og aktivitet.

Muligheten til å ha et arbeid å gå til oppleves som viktig for de aller fleste, også for mennesker med psykiske lidelser. Dette understrekes av de statlige myndigheter. Noen har mulighet for å kunne fungere i det ordinære arbeidsliv, mens det for andre er nødvendig med en spesielt tilpasset arbeidsplass.

Dagens arbeidsliv preges av omstillinger, stort arbeidspress og tidsfrister, nedbemanning, etc. Dette gjør at endel mennesker blir syke som følge av jobben sin. Og det gjør det vanskeligere for utsatte grupper å komme inn i arbeidmarkedet. I følge Rådet for psykisk helse er jobbmessige faktorer årsak til hver femte sykmelding.

I Verdal har vi i dag Verdal ASVO med 19 godkjente arbeidsplasser for personer med ulike funksjonshemninger og det arbeides med utvidelse av dette tilbudet. Ellers er det mulig å dra nytte av ulike arbeidsmarkedstiltak som lønnstilskudd, arbeidspraksis, arbeidsmarkedskurs og arbeid med bistand, for å bidra til at personer med ulike funksjonshemninger skal kunne få seg arbeid.

Innherred produkter a/s på Levanger sysselsetter til enhver tid 120-150 yrkeshemmede, hvorav ca. halvparten har psykiske lidelser som hoveddiagnose eller tilleggsdiagnose. Målet er arbeidsplassutprøving med sikte på at flest mulig skal ut i det ordinære arbeidsliv. De fleste yrkeshemmede ved Innherred produkter a/s har et opphold på 5-10 måneder.

Det er allikevel grunn til å anta at det er et for stort sprang mellom ordinært arbeid og til varig vernet arbeidsplass. Dette gjør at mange mennesker med psykiske lidelser har uførepensjonering som eneste reelle mulighet. Det er en stor utfordring å få gjort noe med dette.

I Verdal kommune (og ISK) er det imidlertid satt i verk noen sysselsettings- og arbeidstreningstiltak som kan bidra til et bredere innhold i hverdagen for den enkelte som ikke har fast arbeid. Her kan nevnes: nr. 46 på Rinnleiret for personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser, nr. 26 på Rinnleiret (Akkar'n) for ungdom med sosiale og/eller psykiske problemer og arbeids- og sysselsettingsgruppa for personer med rusproblem og/eller psykiske problemer.

Kontakten er et dagsenter for mennesker med psykiske problemer. I dag er det 1,5 stilling tilknyttet senteret. For å kunne utvikle Kontakten videre i f.h.t. mer fleksible aktiviteter, åpningstider, etc, er det ønskelig å øke bemanningen med ½ stilling.

Verdal er fra 01.10.06 pilot som NAV kontor hvor aetat og trygdeetat på statlig side og sosialrus-, psykiatri- og flyktningetjeneste på kommunal side etter hvert samles i en organisatorisk enhet. I tillegg har regjeringen lagt fram en stortingsmelding som skisserer nye og forenklede virkemidler som NAV kan benytte med sikte på å få flere i arbeid og færre på passive stønadsordninger. Det er grunn til å forvente at denne nyorganiseringen og nye virkemidler vil bidra til at mennesker med psykiske lidelser lettere vil kunne få arbeid og kunne fungere i arbeidslivet.

Ett av målene for NAV Verdal er å bidra til at flere personer med psykiske lidelser kommer i arbeid eller aktivitet, da med et særlig fokus på moderate og alvorlige lidelser, herunder få flere i arbeid, sørge for at flere beholder arbeid, og sørge for deltagelse for flere.

Utfordringen ligger i hvordan benytte NAVs totale kompetanse best mulig i satsningen på arbeid, aktivitet og psykisk helse, og hvordan dette vil påvirke resultatet for gruppen.

Konklusjon:

- Presse på for å få opprettet flere godkjente plasser ved Verdal ASVO.
- Arbeide konkret med å få flere mennesker med psykiske lidelser ut i arbeid, eller bidra til at de blir istand til å beholde arbeid.
- Øke antall plasser ”Inn på tunet”.
- Arbeids-og sysselsettingsgruppa økes med 1/2 årsverk.
- Bemanningen ved Kontakten økes med 1/2 årsverk.

6.2.13 Sorg og livskriser.

Livskriser er et samlebegrep for en stor mengde kriser som kan oppstå i løpet av et langt menneskeliv. Livskriser innebærer at ens psykiske eller fysiske tilstand forringes som følge av en alvorlig sykdom eller som en form for tap av en funksjon eller en kroppsdel (f.eks. kreft, blodpropp, slag). Disse livskrisene kan påvirke vår mentale helse, slik at man blir nødt til å oppsøke hjelp for å greie å fungere etter en slik hendelse.

Viktigheten av et naturlig sosialt nettverk ved slike hendelser må påpekes. Hjelpeapparatet kan aldri erstatte den støtte og omsorg slekt og venner kan gi, og vil kun være et supplement til dette nettverket.

Konklusjon:

- Internundervisning i f.h.t. sorg og livskriser.

6.3 Brukermedvirkning.

Begrepet brukermedvirkning forteller oss at samhandlingen foregår mellom mottaker/bruker av en tjeneste og den eller de som yter tjenesten. Dette innebærer at mennesker med psykiske problemer oppfattes som den ene parten i samhandlingen, men den andre parten omfatter både de som aktivt og direkte yter tjenestene og de som har ansvar for å utforme tjenestene.

Utgangspunktet for brukermedvirkning er at brukerne selv er spesialist på sine liv, mens tjenesteyterne er spesialister på tjenestene. For å sikre en best mulig livskvalitet for den enkelte, må felles kunnskaper legges til grunn for arbeidet innenfor psykisk helse. Dette gjelder både forebygging, behandling og rehabilitering.

Brukermedvirkning er et sentralt tema i *Opptappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2008)*. Evaluering av opptappingsplanen viser at dette arbeidet ikke er godt nok ivaretatt, og at brukermedvirkning er en forutsetning for at målene i Opptappingsplanen kan nås.

Brukere har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkning har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Målet er god brukermedvirkning på individnivå, systemnivå og politisk nivå.

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med brukerorganisasjonene utarbeidet *Plan for brukermedvirkning* (26.05.2006). Den ble sendt ut til kommuner, helseforetak og brukerorganisasjoner i begynnelsen av juni i år (2006).

En ”bruker” er en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form. I *Plan for brukermedvirkning*, defineres bruker som en person som har behov for eller nyttiggjør seg tjenester innen det psykisk helsefeltet.

Den nye planen for brukermedvirkning er ment som hjelp for brukere og tjenestene til å få mer kunnskap om brukermedvirkning, og å få en oversikt over formelle krav som foreligger. Den skal gi oversikt over mål, anbefalinger og tiltak i *Opptappingsplanen for psykisk helse*.

Rapporter fra NIBR og SINTEF viser at brukere og pårørende opplever at de ikke får nok informasjon, og at de ikke får medvirke. Det var derfor behov for en plan som kan stimulere til ytterligere videreutvikling av brukermedvirkning i tjenesteapparatet.

Stortingets krav til opptappingsplanen:

- Målsettinger og øvrige føringer:
Brukerundersøkelser: Det forutsettes at kommunene har etablert rutiner for dette i løpet av 2006 (vilkår for utbetaling av øremerkede midler). Opplegget forutsettes planlagt og gjennomført i samarbeid med brukerne og deres organisasjoner.
- Brukermedvirkningen må styrkes og videreutvikles gjennom aktiv deltakelse fra brukere og organisasjon i planlegging og gjennomføring av tiltak
- Økonomisk støtte til brukerorganisasjoner skal øke i planperioden støtte til brukerorganisasjoner er et vilkår for utbetaling.
- Kommuner, helseforetak og andre virksomheter skal, i samarbeid med brukerorganisasjoner, utvikle en kultur for samarbeid. Dialogmøter kan være et virkemiddel.
- Kommuner og helseforetak har ansvaret for opplæring av ansatte om brukermedvirkning. Opplæring bør gis i samarbeid med brukerorganisasjoner.
- Kommunen bør samarbeide med brukerorganisasjonene om Verdensdagen for psykisk helse.
- Sosial og helsedirektoratet, i samarbeid med fylkesmannen, arrangerer dialogkonferanser om Verdensdagen. Ledere i kommunene oppfordres spesielt til å delta.

Brukermedvirkning innebærer at brukeren er med på å utforme tilbudet sammen med fagfolk. Foruten å være en lovregulert rettighet og et gode i seg selv, har brukermedvirkning en terapeutisk effekt. Det er også et viktig virkemiddel for å forbedre tjenesten.

Dersom brukeren kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg, kan det bidra til bedre selvbilde og økt motivasjon. Brukeren opplever hele tjenesteforløpet og kan gi nyttig informasjon om hva som bør forbedres og hvordan dette kan skje.

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Det er også et virkemiddel på flere nivå. Blant annet kan brukermedvirkning bidra til økt ”treffsikkerhet” i forhold til utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud.

Rådgiver hos fylkesmannen i Nordland Yngve Osbakk skisserer brukermedvirkning på 3 nivåer:

- 1) Det juridiske -Brukeren skal være med på å lage sin egen individuelle plan.
- 2) Systemnivå -Organiserte brukere deltar i planarbeidet.

- 3) Det praktiske arbeidet -Brukere er med på å få igang og drive møteplasser, som aktivitetssentre og kafeer.

Brukermedvirkning:

- ..må være et bærende prinsipp i all form for behandling av mennesker.
- Det må skapes en arena som øker forståelsen for hverandres roller og virkelighetsopplevelse.
- Brukerorganisasjonene må gis mulighet for kompetanse og utvikling gjennom støtte og tilrettelegging:
- ..vil skape større åpenhet rundt tjenestens virksomhet og påvirke fagfolks praksis
- ..vil øke brukernes kontroll over eget liv
- ..vil kvalitetssikre behandlingen med målrettede og fremtidsrettede tiltak
- ..vil utvikle og forbedre tjenestetilbudene
- ..vil gi bedre psykisk helsevern

Det er ulike veier å gå for å sikre dette arbeidet :

- SHdir har utarbeidet en veileder for brukermedvirkning. Aktiviseres.
- Mental helse har utarbeidet en veileder for brukermedvirkning. Aktiviseres.
- Det er opprettet en referansegruppe for brukerorganisasjoner innen psykisk helse som skal gi råd til Sosial- og helsedirektoratet i arbeidet med å utvikle og bedre det psykiske helsearbeidet. Er det mulig å opprette et lignende råd på lokalt plan?
- Det er flere prosjekt som skal gi konkrete innspill til brukermedvirkning i praksis innen psykisk helse – eks. brukerforum – et forum som består av brukere i kommunene Stange, Hamar og Løten (les mer på SHdir.no).
- Det finnes sikkert flere metodeverktøy for kvalitetsutvikling i et brukerperspektiv. Et slikt verktøy er *Bruker spør bruker*. Denne metoden ble utviklet i prosjekt *Kvalitetsforbedring gjennom brukererfaring (1997 – 2000)* som ble finansiert av den gang Helse og sosialdepartementet. Metoden er senere blitt prøvd ut flere steder i landet (les mer brukererfaring.no).

Konklusjon:

- Skriftlige veiledere for brukermedvirkning utgitt av SHdir og Mental helse må aktiveres.
- Det må opprettes en referansegruppe for brukerorganisasjoner, eventuelt brukerpanel innen psykisk helse.
- Arbeide for å reaktivisere Mental helse Verdal.
- Brukerundersøkelser gjennomføres annethvert år.

6.4 Samhandling.

For mennesker med psykiske lidelser er det en forutsetning at det er god samhandling mellom ulike instanser for å kunne oppnå et helhetlig tjenestetilbud.

Verdal kommune har store utfordringer med å samordne sine tjenester bedre. Dette er en generell utfordring, men gjelder ikke minst mennesker med psykiske lidelser.

Denne utfordringen gjelder både på system- og individnivå og gjelder også både forebygging og tjenesteproduksjon. Virksomhetsområdene er stort sett organisert etter fagområder og fagprofesjoner, og det er ikke tilstrekkelige økonomiske eller andre overordnede virkemidler som oppmuntrer til å komme fram til helhetsløsninger.

For brukerne er det av liten interesse hvordan kommunen har organisert sin virksomhet. For dem er det viktigst å få sine helhetlige behov ivaretatt, også når behovene berører flere virksomhetsområder samtidig.

I tillegg vil behovet for samhandling ofte også omfatte instanser utenfor kommunens ansvar. Dette gjør ikke utfordringene mindre. Her kan NAV Verdal, som har organisert sine avdelinger på tvers av fagprofesjoner og tidligere organisasjonstilknytning, være et forbilde.

Det er nødvendig å komme fram til virkemidler som fører til at det blir mer reell samhandling mellom virksomhetsområdene og med eksterne instanser.

Som tidligere nevnt er det opprettet et årsverk psykolog i kommunen. Den har organisatorisk vært plassert innen psykiatritjenesten. Prosjektgruppen foreslår at den administrativt legges til ressurscenter helse, omsorg og velferd. Ressursen må kunne disponeres av alle virksomhetsområder.

Det er inngått en basisavtale mellom Verdal kommune og Helse Nord-Trøndelag med gyldighet i perioden 01.01.07 – 31.12.10. Denne avtalen regulerer samhandlingen mellom instansene. Avtalen inneholder rutiner både ved innleggelse og ved overføringer til kommunalt hjelpeapparat. Avtalen omfatter alle diagnosegrupper, også psykiske lidelser. Avvik fra avtalen skal meldes.

Konklusjon:

- Samhandling må få større fokus i kommunens virksomhet og ansvar må plasseres.
- Det må utvikles virkemidler (bl.a. økonomisk) og kvalitetsmål som gjør samhandling attraktivt.
- Psykologressursen legges administrativt til ressurscenter helse, omsorg og velferd, men disponeres av alle virksomhetsområder.
- Det skal være igangsatt opplæring om basisavtalen med helseforetaket innen 01.04.07.

6.4.1 Individuelle planer / ansvarsgrupper.

Mennesker med psykiske lidelser har ofte behov for sammensatte og langvarige tjenester fra det offentlige hjelpeapparat. De vil ofte ha behov for og krav på individuell plan og det vil være naturlig å opprette ansvarsgrupper for å gjennomføre planarbeidet. Sjøl om det gjøres mye bra arbeid på dette området, er det langt igjen til at målet er nådd.

Kommunen har egne retningslinjer og prosedyrer for arbeidet med ansvarsgrupper og individuelle planer som involverer alle ansatte i kommunen, og som går lenger i ansvar enn dagens lovgivning. Det er utarbeidet nye felles retningslinjer og prosedyrer innen samkommunen, men siden systemansvaret var plassert i enhet for helse og rehabilitering i ISK, og denne enheten nå er tilbakeført til morkommunene, må det avklares hvilket virksomhetsområde som skal ha systemansvaret for ettertiden. En prosjektgruppe har foreslått at dette legges til Ressurscenter helse, omsorg og velferd. Det må også gjøres mindre endringer i retningslinjer og prosedyrer.

Det er imidlertid ikke tilstrekkelig med gode retningslinjer og god organisering.

Den største utfordringen er å sikre at alle som har behov for og krav på individuelle planer, får tilbud om det.

Dette stiller store krav til:

- Endring av holdninger blant ansatte om viktigheten
- Opplæring av ansatte
- Informasjon til brukerne, bl.a. personer med psykiske lidelser
- Koordinatoransvaret må fordeles på flere ansatte.

Konklusjon:

- Systemansvaret må plasseres organisatorisk innen 1.2.07
- Retningslinjer, prosedyrer m.m. skal være revidert og iverksatt innen 1.3.07
- Opplæringstiltak skal være igangsatt innen 1.4.07
- Informasjonsbrosjyre, eventuelt ny serviceerklæring som omfatter individuelle planer for mennesker med psykiske lidelser, skal være utarbeidet innen 1.9.07

6.4.2 Nettverk

Mange kommunale instanser forvalter tjenester som berører mennesker med psykiske lidelser. I dag har vi ikke noen arena hvor helhetlige tiltak for denne gruppen drøftes på systemnivå, verken når det gjelder forebygging eller gjennomføring av tiltak. Det kommunale råd for funksjonshemmede er heller ikke et organ som i tilstrekkelig grad når ut til denne brukergruppen eller til den enkelte tjenesteyter. Det kan være et alternativ å opprette et tverrfaglig nettverk for tjenesteytere som arbeider med denne brukergruppen. De kan eksempelvis møtes 2 ganger årlig. Det bør også vurderes om brukere skal delta i et slikt nettverk og om det skal omfatte offentlige instanser utenfor kommunen.

Konklusjon:

- Det utredes innen 1.1.08 om det skal opprettes et nettverk for personer som arbeider med mennesker med psykiske lidelser i kommunen, bl.a.:

6.4.3 Avtaler på systemnivå.

Det er mange instanser som arbeider med mennesker med psykiske lidelser, eller for å forebygge slike lidelser, både de fleste kommunale virksomhetsområdene, NAV, Helseforetaket, eksterne offentlige instanser og frivillige organisasjoner. Brukerne har et behov for bedre samhandling mellom de ulike instansene. Kommunen har i liten grad opprettet samarbeidsavtaler med de ulike instansene som et bidrag til et mer helhetlig tjenestetilbud. Forpliktelser gjennom avtaler er ett av flere virkemidler det bør settes fokus på. Spesielt vil det være nødvendig å få opprettet en avtale mellom NAV som vil ha tjenestene innen rus og psykiatri og kommunen som vil ha ulike tiltak for disse målgruppene som sitt ansvar fra 1.1.07.

Konklusjon:

- Det opprettes samarbeidsavtaler mellom kommunen på den ene siden og offentlige organer og frivillige organisasjoner som arbeider med mennesker med psykiske lidelser på den annen siden i løpet av de 2 første årene.
- Avtalen med NAV skal være på plass innen 1.4.07.
- Opplæring om basisavtalen med Helseforetaket skal være igangsatt innen 1.4.07.

6.4.4 Koordinerende enhet.

Koordinerende enhet er en funksjon kommunen er pålagt i henhold til egen forskrift. Hensikten er at brukere og andre hjelpeinstanser skal ha en plass i kommunen å henvende seg til ved behov for ulike habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Dette gjelder også for personer med psykiske lidelser. Denne enheten kan legges til andre funksjoner i kommunen. Dette er foreløpig ikke på plass i Verdal kommune. Det er i en annen sammenheng foreslått at det nedsettes ei arbeidsgruppe for å få koordinerende enhet organisatorisk plassert i løpet av 2007.

Konklusjon:

- Koordinerende enhet må være etablert i løpet av 2007.

6.5 Krisehåndtering.

Det er viktig å definere hva man legger i krisebegrepet.

Verdal kommune har en helseberedskap for akutte og/eller ekstraordinære situasjoner (fra mai -05). Dette i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Der defineres en krise eller en katastrofe som en situasjon av ekstraordinær karakter der det akutte hjelpebehov ikke kan dekkes gjennom tilgjengelige ressurser, og ordinære ansvarsforhold og kommandoforhold ikke strekker til, og omlegging eller ekstra tilførsel av ressurser er nødvendig.

I en katastrofe har ofte flere mennesker vært utsatt for voldsom ytre påkjenning.

I denne sammenheng tenker vi ikke på dramatiske hendelser som rammer mange mennesker eller lokalsamfunn. Her defineres kriser som hendelser som enkeltmennesker, familier eller nettverk opplever som svært kritisk for seg og sine og der personens, familiens eller nettverkets mestringsstrategier ikke strekker til.

Slike kriser kan være dødsfall, alvorlige ulykker, skilsmisse, tap av jobb, etc. Dette er kriser som det eksisterende helse- og sosialapparatet skal takle. Hva som oppleves som en krise er til en viss grad individuelt betinget.

Kommunen har en tverrfaglig Barn i krise – gruppe, som består av representanter fra barnevern, helsestasjon, PPT og psykiatrisk sykepleier. Veiledning og råd ved kriser er en del av gruppas arbeidsområde.

Alle barnehager og skoler har egne kriseplaner. Det er viktig at disse oppdateres og settes på dagsorden.

I f.h.t. den voksne delen av befolkningen har ikke Verdal kommune etablert tilsvarende kriseteam.

Vi opplever en etterspørsel etter kriseteam ved alvorlige hendelser, og det er etterhvert en forventning blant befolkningen at dette finnes.

Pr. i dag er legevakten kommunens akuttberedskap.

Det er viktig med klare og tydelige ansvarslinjer i f.h.t. dette arbeidet, og en klar definering av hva kommunen tilbyr i så måte. Det er spesielt viktig at dette kommer på plass etter den nye omorganiseringen.

Det naturlige, sosiale nettverket er viktigst også ved kriser. Støttende og omsorgsfulle venner og familie er det mest vesentlige for å gjennomleve krisen på beste måte.

Konklusjon:

- Det opprettes et tverretattlig kriseteam innen 01.01.08.
Dette teamet må ha en link opp mot Barn i krise-gruppa.
- Skriftlige rutiner for ansvar og arbeidsoppgaver vedrørende kriser utarbeides.

6.6 Fleksibel organisasjon.

Det forventes at målgruppene for psykiatrarbeidet og behovet hos disse kan endre seg de kommende år, uten at de økonomiske ressursene etter 2008 øker i vesentlig grad. Dette innebærer at det fremover kan bli nødvendig å bruke eksisterende ressurser på andre måter enn i dag.

For å sikre optimal bruk av ressursene, må det jevnlig vurderes om det er endringer i målgruppene og deres behov, og hvordan eksisterende ressursbruk samsvarer med dette.

Dersom det er behov for endringer i ressursbruken, må organisasjonen være i stand til å tilpasse tjenestetilbudet raskt. Dette vil kreve fleksibilitet i organisasjonen.

7. Disponering av statlige psykiatrimidler.

I planen er det ikke mulig å gå i detaljer i bruken av statlige midler. For 2007 er midlene disponert gjennom årsbudsjettet. 2008 er siste året for de statlige opptrappingsmidlene. Sjøl om det går mot slutten av opptrappingsperioden, er det viktig at:

- det organisatoriske ansvar blir plassert
- det er utarbeidet rutiner for disponering, bruk, oppfølging og rapportering av midlene
- hovedsatsningsområdene er definert.

7.1 Organisering og rutiner.

Organisering.

Kommunens psykiatritjeneste er fra 01.01.07 en del av NAV Verdal. Det er derfor naturlig at NAV Verdal har det administrative ansvar for arbeidet med opptrappingsmidlene.

Det nedsettes et team/en arbeidsgruppe innen 01.03.07 som skal påse at disponering, oppfølging og rapportering av opptrappingsmidlene følger forutsetningene og bidrar til bedret psykisk helse for innbyggerne i Verdal.

Det foreslås følgende sammensetning:

- 1 representant fra NAV Verdal
- 1 representant fra Ressursenter oppvekst
- 1 representant fra Ressursenter helse, omsorg og velferd
- 1 brukerrepresentant
- 1 representant fra økonomienheten i ISK.
- 1 representant fra virksomhetsområdene for omsorg og velferd
- 1 representant fra virksomhetsområdene innen oppvekst

Rutiner.

- Innen 01.03.07 Rådmannen utnevner teamet
- Innen 01.05.07 NAV sender ut:
 - Melding til alle virksomhetsområder som disponerer opptrappingsmidler om å rapportere om tiltak som er satt i verk, evt. hvorfor ikke, og om beløpet vil bli utnyttet fullt ut, evt. hvor mye som antas å være ubenyttet ved årsslutt.
 - Melding til alle virksomhetsområder om søknader på midler for 2008.
- Innen 20.05.07 Rapporter og søknader er sendt NAV Verdal.
- Innen 01.06.07 Teamet omhandler og foreslår omdisponering av midler for 2007.
- Innen 15.06.07 Psykiatriplanens tiltaksdel rulleres.
- Innen 01.07.07 Omdisponering av midlene for 2007 politisk behandlet.
- Innen 01.09.07 Teamet:
 - Foretar full gjennomgang av om alle opptrappingsmidlene brukes etter forutsetningene.
 - Fremmer forslag til bruk av midlene for 2008. Plan for psykisk helse 2007-2011 skal være retningsgivende.
- Innen 15.10.07 -Disponering av opptrappingsmidlene for 2008 behandles politisk som egen sak.
- Innen 01.01.08 -Disponeringen av opptrappingsmidlene innarbeidet i budsjettet for 2008.

Utover dette kan det være behov for flere møter i teamet for å sikre riktig bruk av opptrappingsmidlene.

NAV Verdal har med hjelp av økonomienheten i ISK ansvar for rapportering til fylkesmannen til de tider som fastsettes.

Samme rutiner benyttes i 2008 med unntak av at det ikke omfatter opptrappingsmidler påfølgende år. Teamet må opprettholdes i hele planperioden for å bidra til å sikre at psykisk helsearbeid ikke blir nedprioritert etter 2008.

7.2 Satsningsområder.

Plan for psykisk helse 2007 – 2011 gir noen føringer på hvordan opptrappingsmidlene skal disponeres i 2008.

Utover dette skal følgende retningslinjer følges:

- Alle opptrappingsmidlene skal gå til formål som bedrer psykisk helse.
- Departementets krav om at minst 20% av midlene skal gå til tiltak for barn og unge skal oppfylles.
- Forebyggende tiltak skal prioriteres sterkere.

8. Evaluering og rullering.

Den samlede Psykiatriplanen skal rulleres hvert 4. år, første gang innen 15. juni 2010. Rulleringen skal bl.a. omhandle evaluering av tiltak i gjeldende plan.

Psykiatriplanens tiltaksdel skal rulleres årlig innen 15. juni.

Denne rulleringen skal omhandle vurdering av eventuelt nye tiltak, endring på eksisterende tiltak, endring i prioriteringer, framdrift og økonomi. Dette som grunnlagsdokument for økonomiplanen.

Brukergruppene skal delta i rulleringen av plan og tiltaksplan.

Ansvar for rulling og oppfølging av planen tillegges NAV Verdal.