



Plan for psykisk helse og rusarbeid 2018-2024

Innhold

1. INNLEDNING	3
1.1. Bakgrunn	3
1.2. Formål med og innhold i planen	5
2. ORGANISERING OG INNHOLD I TJENESTENE – RUS OG PSYKISK HELSE	7
2.1. Rammebetingelser	7
2.2. Fokus på bruker- og pasientforløp	9
2.3. Ansvarsfordeling – kommune og spesialisthelsetjeneste mv	10
2.4. ROP og samarbeid/avgrensning mot andre kommunale virksomheter	15
2.5. De tre ulike brukerforløpene	17
2.5. Brukermedvirkning	22
2.6. Oppsummering – organisering og innhold i tjenestene	23
3. BRUKERNES BEHOV OG TJENESTENES UTFORDRINGER	25
3.1. Forekomst rusavhengighet og psykiske lidelser	25
3.2. Hovedfunn i BrukerPlan-kartlegging Karmøy 2007-2017	26
3.3. Antall brukere i de ulike forløpene	27
3.4. Måloppnåelse i de ulike brukerforløpene	28
3.5. Innspill fra brukerne og pårørende	30
4. HOVEDMÅL OG TILTAK FREM MOT 2024	31
4.1. Hovedmål	31
4.2. Tiltak	32
5.1. Tiltak knyttet til det enkelte hovedmål	38
Rådmannens sluttord	40
Vedlegg	40

1. INNLEDNING

1.1. Bakgrunn

Gjeldende *Kommunal plan for psykisk helse og rusarbeid 2013-2020* ble vedtatt av hovedutvalg helse og omsorg 23.05.2013, saksnr 15/13.

I møte 23.10.2017, sak 92/17 *Tjenestetilbud for rusmiddelavhengige*, fattet kommunestyret følgende enstemmige vedtak:

Kommunestyret tar statusorientering om kommunens tjenestetilbud for rusmiddelavhengige til foreløpig orientering.

I forbindelse med revidering av kommunal plan for psykisk helse og rusarbeid tidligst mulig i 2018 ber kommunestyret om at tjenestetilbudet for rusmiddelavhengige gjennomgås både faglig og organisatorisk med evaluering av måloppnåelse innen tjenesteområdet. Behov for eventuelle justeringer/omlegging avklares og likeledes områder som bør styrkes eventuelt etableres ved ytterligere opptrappingsmidler fra staten.

Hovedutvalget skal være tett på tjenesteområdet for å kunne følge utviklingen og skal ha sak når nye tiltak eller ressurser fra sentrale myndigheter foreligger.

Inngått intensjonsavtale med Karmsund ABR-senter følges opp.

I møte 31.01.2018, sak 4/18 Budsjett 2018 - Helse- og omsorgsetaten, fattet hovedutvalg helse og omsorg følgende enstemmige vedtak, jf. strekpunkt nr 2:

- *Tjenestetilbud for rusmiddelavhengige og revidering av kommunal plan for psykisk helse og rusarbeid behandles i helse- og omsorgs møte april 2018. Kommunestyret ba om at tjenestetilbudet gjennomgås både faglig og organisatorisk med evaluering av måloppnåelse innen tjenesteområdet.*

Vedlagte evalueringsrapport ble lagt fram for hovedutvalget i møte 18.04.2018, sak 26. I denne presenteres hovedfunn i ekstern evaluering gjennomført av KORFOR og egenevaluering av måloppnåelse og gjennomføring av tiltak i *plan for psykisk helse og rusarbeid 2012 – 2020*. Videre gis en vurdering av tjenesten i forhold til den generelle utvikling i landet i forhold til føringer i regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse og rus. Hovedutvalget vedtok at evalueringen legges til grunn for revidert plan for psykisk helse og rusarbeid.

Hovedutvalget vedtok også følgende tillegg:

Hovedutvalg helse og omsorg ber om en vurdering av frivillige og ideelle organisasjoner sin plass i ettervernet i ny plan.

Hovedutvalg helse og omsorg ønsker en nærmere gjennomgang og evaluering av måloppnåelse hos brukerne, videre en konkret vurdering av fremtidig tjenestetilbud til eldre rusmiddelavhengige med behov for heldøgnsomsorg og en nærmere vurdering av ettervern tilbud/behov. Hovedutvalget ber om at dette fremmes som en del av sak om revidert plan i møtet 30. mai.

Hvorfor det ble utarbeidet en plan for psykisk helse og rusarbeid i 2013

Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) "Åpenhet og helhet" danner bakgrunnen for St.prp. nr. 63 (1997- 1998) "Opptrappingsplan for psykisk helse" som ble avsluttet i 2008. Planen er fulgt opp med statlige rundskriv, styringsdokumenter og ved jevnlig vurderinger av utviklingen. Det er også utarbeidet flere veiledere og tiltaksplaner for å understøtte de overordnede mål og hovedtiltak i opptrappingsplanen. **Ny kommunal helse- og omsorgslov** trådte i kraft 1. januar 2012, og kommunen ville de kommende år stå overfor flere og nye utfordringer. Hovedgrepene i *samhandlingsreformen* og **Karmøy kommunes plan for framtidens helse- og omsorgstjenester** (vedtatt i kommunestyret 14.06.2011) handlet om *mestring, forebygging og brukermedvirkning*. Prognosene var at kommunale tjenester rettet mot psykisk helse og rusomsorg ville øke i omfang mot 2030.

I 2013 så Karmøy kommune følgende utfordringer:

- behov for bred folkehelsesatsing
- oppfølging av kronikergruppene
- oppfølging av brukere med samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse
- tiltak for brukere med lettere og moderate psykiske lidelser
- tiltak som kan dempe henvisnings- og innleggelsesrater
- avklaring av ansvar mellom tjenestenivåene, rett tjenestenivå
- definere felles forståelse og kommunens praksis knyttet til nytt lovverk

På bakgrunn av dette valgte kommunen å utarbeide en plan for psykisk helse- og rusarbeid for perioden 2013 – 2020.

Mål fastsatt i plan for psykisk helse og rusarbeid 2013-2020

I plan for psykisk helse og rusarbeid 2013-2020 ble det fastsatt følgende mål:

Overordnet mål

Tjenestetilbudet skal fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv.

Hovedmål

1. Kommunen skal fortsatt iverksette tiltak for å sikre personer med alvorlig rus- og psykisk lidelse en tilrettelagt bolig
2. Avklare sammen med bruker hvilken hjelp bruker trenger til enhver tid for å kunne mestre egen livssituasjon.
3. Tilby arbeid og aktivitetstilbud som gir meningsfulle og tilrettelagte oppgaver i hverdagen
4. Gi mulighet for en meningsfull fritid og sosialt fellesskap
5. Tjenesten skal ha lokaler som er tilpasset utøving av tjenestene
6. Personalressursene og kompetanse skal utvikles og utnyttes på en god måte ut fra brukerbehov.
7. Organisering av tjenestene som fremmer virkningsfulle, effektive og samordna tiltak for brukeren.

1.2. Formål med og innhold i planen

Målgruppe

Planen er en oppdatering av vedtatt kommunal plan. Denne omhandler psykisk helse- og rusarbeid for personer over 18 år. Personer som har *psykisk lidelse og/ eller rusavhengighet* er hovedmålgruppen for denne planen.

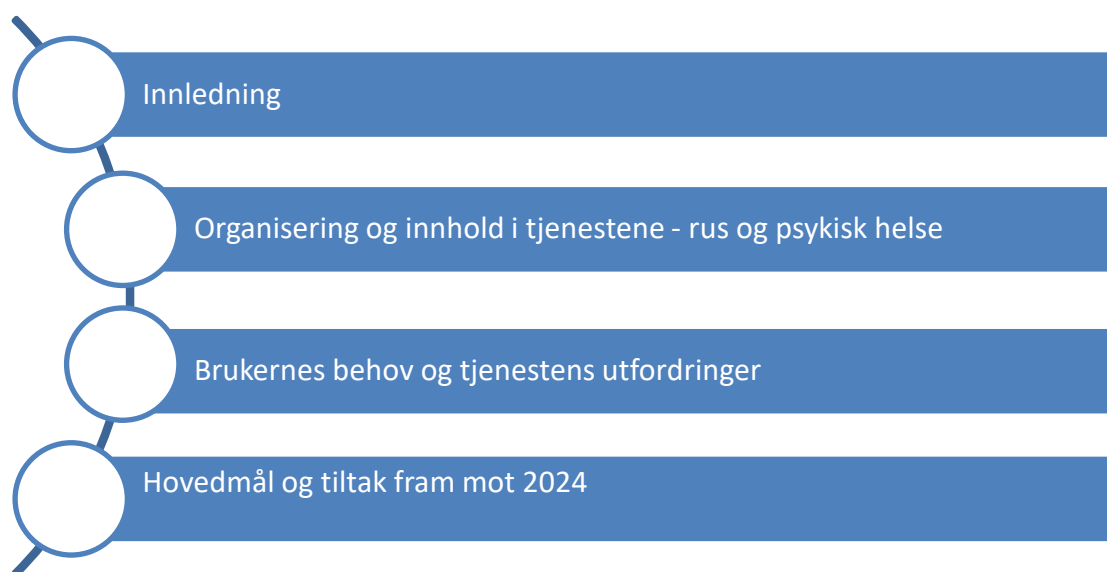
Psykisk lidelse: Betegnelsen benyttes når symptombelastningen er så stor og av en slik karakter at det kan stilles en diagnose som for eksempel depresjon, ADHD, psykose eller bipolar lidelse.

Rusavhengighet: Betegnelsen benyttes ved

1. Skadelig bruk av psykoaktive stoffer i et mønster som gir helseskade.
2. Avhengighetssyndrom - En rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter gjentatt stoffbruk.

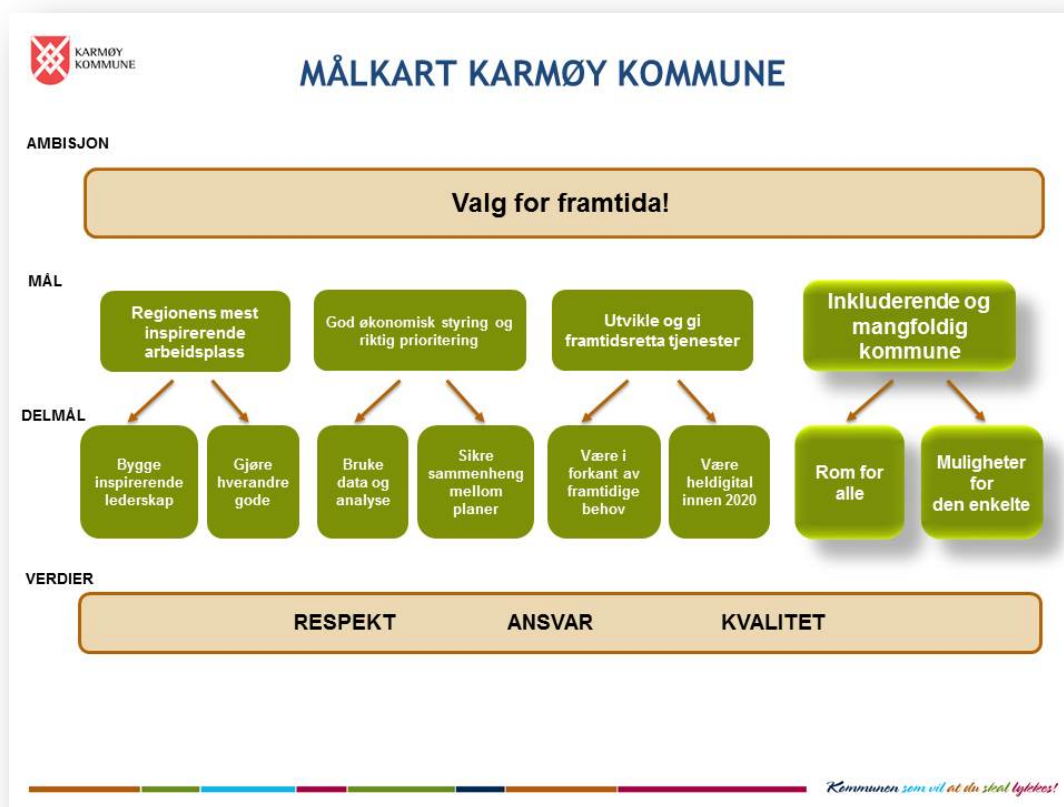
Formål og innhold

Formålet med planen er å redegjøre for organisering av og innhold i tjenestetilbudet innen psykisk helse og rus i Karmøy, klargjøre ansvar og vurdere behovet for innhold og organisering av tjenester fremover. Planen gir oversikt over behovet for forebygging (sekundær og tertiær), behandling, oppfølging (inkludert «ettervern»-aktivitet) og rehabilitering av rus og psykisk sykdom/lidelse og beskriver tjenestetilbudet til målgruppen. Basert på evaluering av dagens status og utfordringsbildet fremmes i siste del forslag til hovedmål og tiltak/satsingsområder fram mot 2024 med formål å forbedre tjenestetilbudet og effektivisere arbeidet. En del av tiltakene som blir skissert ligger allerede inne i dagens drift/budsjett, og øvrige tiltak vil bli vurdert i forbindelse med de årlige budsjettprosessene.



Avgrensning mot andre kommunale planer

Karmøy kommune har et overordnet **målkart** (se bildet nedenfor) der et av målene er å være inkluderende og mangfoldig kommune, med rom for alle og muligheter for den enkelte. Et annet mål er å utvikle og gi fremtidsrettede tjenester. Målkartet sammen med andre plandokumenter og kartlegginger danner grunnlaget for plan for psykisk helse og rusarbeid 2018-2024.



Andre relevante kommunale planer som denne må ses i sammenheng med er følgende:

- Kommuneplanens samfunnsdel 2014-2023
- Kommunal planstrategi 2016-2019
- Boligsosial handlingsplan 2014-2017- beskriver behov for boliger til vanskeligstilte
- Handlingsplan for SLT/Folkehelse 2017 - beskriver tiltak innen helsefremmende og primærforebyggende tiltak. Handlingsplan mot selvmord er en del av denne. Rulleres årlig.
- Rusmiddelpolitisk handlingsplan – i hovedsak en plan for forebygging
- Helse- og omsorgsplan 2016-2026: Plan for heldøgnsomsorg i Karmøy kommune
- Plan for legetjenestene 2013-2016
- Miljørettet helsevern 2013-2016
- Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer – grunnlag for andre planer
- Plan for frivilligheten 2018
- Handlingsplan for vald i nære relasjonar 2016-2019

2. ORGANISERING OG INNHOLD I TJENESTENE - RUS OG PSYKISK HELSE

2.1. Rammebetingelser

I gjeldende kommunal plan for psykisk helse og rusarbeid redegjøres for behovet og tjenestene og det som tidligere ble omtalt som fremtidens kjerneprosesser/brukerforløp. Det ble satt et overordnet mål og 7 hovedmål for tjenesten (se s. 4), med ulike tiltak under hvert hovedmål. Det ble også reflektert over samhandling med helseforetak, brukerorganisasjonene og pårørende. Etter at denne ble vedtatt er det noen rammebetingelser som er endret.

Samhandlingsreformen ble gradvis innført fra 1.1.2012. Som følge av denne skal bl.a. helsetilbudet i dag henge bedre sammen. Sykehus og kommunene skal samarbeide bedre, og forebyggingen skal være styrket og mange oppgaver er overført til kommunene.

Som en del av samhandlingsreformen ble det vedtatt **ny felles helse- og omsorgstjenestelov** for kommunene. Med noen få unntak er kommunens ansvar og oppgaver innen rusarbeid og psykisk helse identiske med ansvar kommunen har for andre pasientgrupper.

Helsedirektoratets veileder «**Sammen om mestring**» ble utgitt i 2014. Veilederens formål er å synliggjøre brukergruppens behov og understøtte det lokale psykiske helse- og rusarbeidet for voksne. Veilederen legger særlig vekt på:

- psykisk helse og rus ses i sammenheng
- bruker- og mestringsperspektivet bør styrkes
- det samarbeides for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester – internt og eksternt

Relevante tiltak og tilnæringsmåter beskrives her i forhold til tre hovedtyper bruker- og pasientforløp.

Fra 01.01.16 har alle kommuner hatt **plikt til å ha et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp**. Dette har omfattet pasienter med somatisk sykdom som man er i stand til å hjelpe på en forsvarlig måte innenfor kommunale allmennmedisinske rammer. I følge siste utgave av Helsedirektoratets veileder "Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold" (04/2016) skal tilbudet fra 1.1.2017 også omfatte pasienter med lettere og moderate psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer, ofte også i kombinasjon med somatisk sykdom. Pasienter med kjent tilstand/diagnose som får tilbakefall/forverring med følgende akutt funksjonsnedsettelse kan være aktuelle for kortvarig innleggelse i ØHD-avdeling.

Regjeringens **opptrappingsplan for rusfeltet (2016 – 2020)** (Stortingsproposisjon 15 (2015 – 2016)). Regjeringen ønsker en helhetlig innsats: tidlig innsats, behandling og ettervern/oppfølgingstjenester, med følgende fem hovedmål:

1. Sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet.
1. Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig.
2. Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat.
3. Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.
4. Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer.

For å understøtte målene i opptrappingsplanen er det innført et **øremerket tilskudd**. Hensikten med dette er å bidra til varig kapasitetsvekst i det samlede kommunale tilbudet til personer med rusproblemer slik at disse sikres et helhetlig, tilgjengelig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det legges vekt på styrket innsats ut fra lokale forhold på områdene:

- Økt bruker- og pårørendemedvirkning i tjenestene
- Tidlig innsats rettet mot utsatte individer og grupper
- Tverrfaglig, ambulant, teambasert behandling og oppfølging
- Tjenester knyttet til bolig og oppfølging i bolig
- Tiltak rettet mot inkludering i arbeid, aktivitet og utdanningsløp
- Lavterskeltjenester
- Målgruppe for ordningen er personer, eller grupper av personer, med rusrelaterte problemer og deres pårørende.

I tillegg til øremerkete tilskudd er det også lagt inn en **økning i rammetilskuddet til kommunene fra 2018** for ytterligere å styrke innsatsen på rusområdet.

I tråd med nasjonal satsing har det skjedd en **økning i boligsatsing med Husbanken** som sentral aktør og opptrapping av tjenestene i kommunene ved hjelp av tilskuddsmidler.

I september 2017 trådte flere **endringer i lov om psykisk helsevern** i kraft. En av disse er at det settes som vilkår at pasienter må mangle samtykkekompetanse for at vedkommende skal kunne underlegges tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern.

Psykisk helse og rusarbeid er i de fleste kommuner blitt en integrert tjeneste, noe som bl.a. har medført at staten fra 2017 ber kommunene om **felles rapportering** til SINTEF (Skjema IS-24/8) på status for disse tjenestene.

Opptrappingsplan for psykisk helse var ble avsluttet 2008. Denne planen medførte øremerkede tilskudd som nå er organisert i virksomhet for rus- og psykisk helsetjenester.

For å kunne gi et best mulig tilbud i tråd med brukernes behov og sentrale føringer har det også vært en **omorganisering av tjenestene i Karmøy fra 2015**.

2.2. Fokus på bruker- og pasientforløp

Fokuset i arbeidet innen rus og psykisk helse er - i tråd med Helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring» utgitt i 2014 - på bruker- og pasientforløp. Veilederens formål er å synliggjøre brukergruppens behov og understøtte det lokale psykiske helse- og rusarbeidet for voksne. Veilederen legger særlig vekt på:

- psykisk helse og rus ses i sammenheng
- bruker- og mestringsperspektivet bør styrkes
- det samarbeides for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester

Relevante tiltak og tilnæringsmåter beskrives her i forhold til tre hovedtyper bruker- og pasientforløp (Veilederen *Sammen om mestring*, s. 48):

«Omfanget av samtidige problemer, sammenholdt med at rusrelaterte problemer og psykiske helseproblemer står overfor mange av de samme utfordringene, gjør det naturlig å se de to områdene i sammenheng.»

Helsedirektoratet har valgt å inndele problemene i tre hovedforløp for å lette fremstillingen. Det vil være glidende overganger og overlappinger mellom de ulike forløpene, og den enkeltes problemer og situasjon kan raskt endre seg. Fortløpende vurdering må ligge til grunn for tilretteleggingen slik at hver enkelt får rett tilbud. Lett tilgjengelige, fleksible, individuelt tilpassede tjenester er hovedprinsippet for alle. Tiltakene som iverksettes må tilpasses den situasjon og sammenheng hver enkelt er i, og støtte opp under brukerens egen bedringsprosess. (...).

De tre hovedforløpene skiller seg fra hverandre med hensyn til problemets art, alvorlighetsgrad og varighet, relevante mål og tiltak, ansvars plassering og samarbeidsrelasjoner. Mål, tiltak og tilnæringsmetoder for de tre hovedforløpene beskrives med utgangspunkt i tiltak innen: «Forebygging», «Kartlegging og utredning» og «Behandling og oppfølging.»

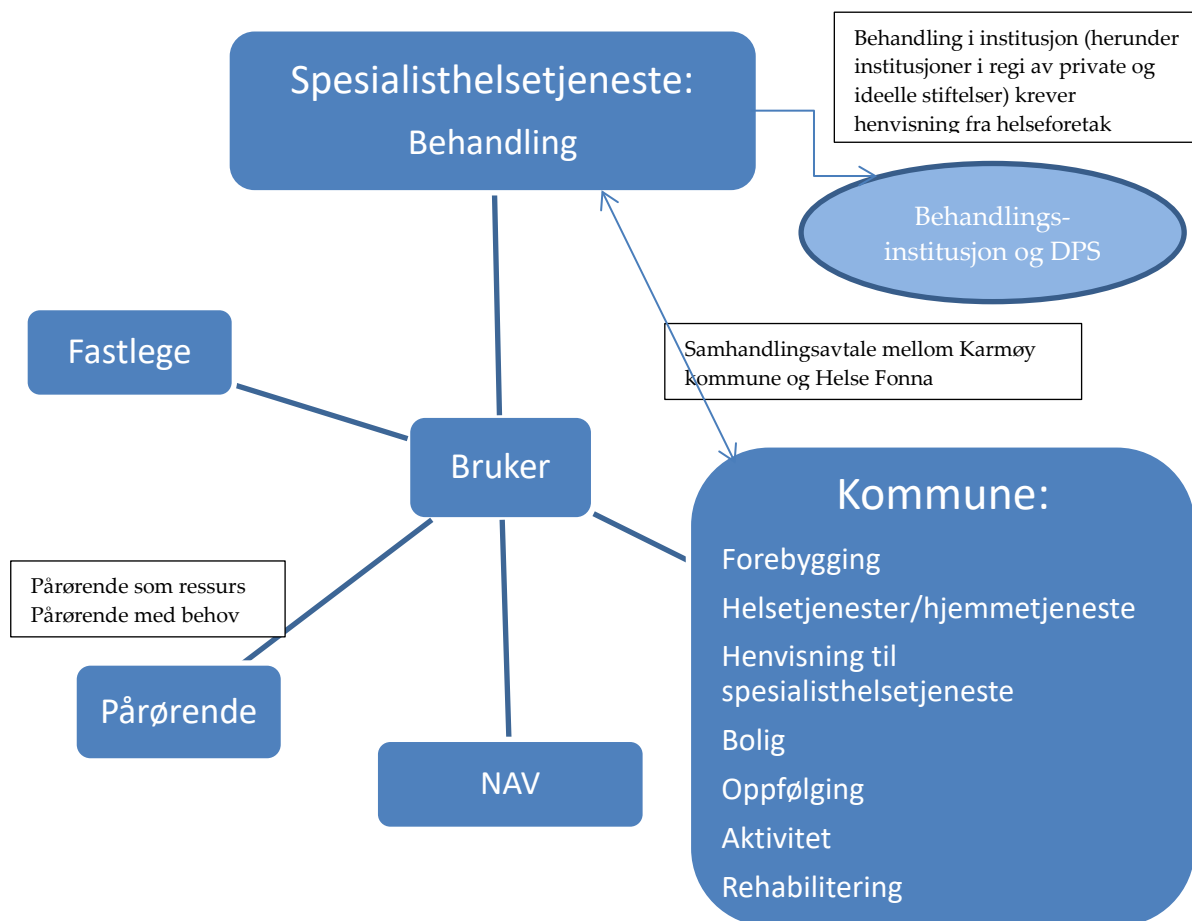
- Hovedforløp 1:** Milde og kortvarige problemer
Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser
Hovedforløp 3: Alvorlige langvarige problemer/lidelser

2.3. Ansvarsfordeling - kommune og spesialisthelsetjeneste mv

Helseforetakene har fått ansvar for rusbehandling, og omfanget av rusbehandling har økt betraktelig - både i institusjon og poliklinisk.

Karmøy kommune har bygd opp en tverrfaglig rus og psykisk helsetjeneste som gir personer med psykisk lidelse og/eller rusmiddelavhengighet over 18 år en helhetlig oppfølging før, under og etter behandling i tråd med pasient- og brukerforløp i nasjonal veileder.

Ansvarsfordelingen kan noe forenklet illustreres slik:



Brukeren

Aktiv involvering av bruker i valg av behandling og tjenester er en demokratisk rettighet og en faglig målsetting både for spesialisthelsetjenesten og for kommune, jf. også Helsedirektoratets veileder *Sammen om mestring*.

Fastlegen

Fastlegens ansvar for diagnostisering, oppfølging og behandling er en viktig del av det samlede kommunale helsetilbudet. Det er først og fremst fastlegen (i tillegg til psykolog) som har ansvar for å henvise brukere til spesialisthelsetjenesten. Ruskonsulenter ved MO-senteret henviser i tillegg til spesialisthelsetjenesten (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)), og henviser mange til behandling. Fastlegen har en medisinskfaglig koordineringsrolle, og skal også identifisere brukere som har behov for tjenester innen rus og psykiske lidelser.

Fastlegen skal være orientert om brukernes evt. ansvarsgruppe og individuell plan (IP), og skal også selv ta initiativ i forhold til å etablere dette. Ved institusjonsbehandling vil ansvaret for behandling bli overført til spesialisthelsetjenesten. For brukeren er det viktig at fastlege og øvrige aktører samhandler godt.

Spesialisthelsetjenesten

Etter rusreformen i 2004 har rusmiddelavhengige på lik linje med andre pasientgrupper rett til behandling. I utgangspunktet er grensesnittene mellom kommune og spesialisthelsetjeneste svært like for somatiske lidelser og for rus og psykiske lidelser. Men det er stor forskjell i hvordan spesialisthelsetjenesten har bygd opp sitt behandlingstilbud.

For somatiske lidelser går nesten alle inn- og utskrivinger gjennom sykehuset/Helse Fonna. For psykiske lidelser skjer inn og utskrivinger både gjennom Helse Fonna, Karmøy DPS, Haugaland DPS og Valen sykehus. I saker hvor personen er under tvunget psykisk helsevern, er det AAT (Akutt ambulant team) som håndterer eventuelle innleggelser.

For rus, og kombinasjonen rus- og psykiske lidelser er det enda flere institusjoner. I tillegg til de som er nevnt under psykiske lidelser (sykehuset/Helse Fonna, Karmøy DPS, Haugaland DPS og Valen sykehus) kommer alle institusjonene som yter TSB (Tverrfaglig spesialisert behandling).

Det er Helse Vest som har ansvar for at det er tilstrekkelig behandlingsskapasitet i regionen. Helse Vest driver egne behandlingstiltak og har også avtale med flere private aktører om å tilby rusbehandling.

For psykisk helsevern og kombinasjonen rus/psykiatri, får de fleste tilbud om behandling innenfor helseforetakets region. Innen rusfeltet (TSB) er det ikke uvanlig at en kjøper gjesteplasser utenfor helseforetakets region.

Lokalt er det Helse Fonna med sine avdelinger på sykehuset, Karmøy og Haugaland DPS (distriktpsykiatriske senter), Valen sykehus, Haugaland A-senter og deler av Karmsund ABR senter som inngår i spesialisthelsetjenesten sitt behandlingstilbud. Videre har Rogaland A-senter spesialfunksjoner, som ansvar for gravide og akuttinnleggelser pga rus.

Lokalt har sykehuset, Karmøy DPS og Haugaland A-Senter myndighet til å vurdere henvisninger. Det er i all hovedsak til disse pasientene henvises til når de skal i behandling. All institusjonsbehandling for rus og psykisk helse er gratis for pasient og kommune.

Det har vært en merkbar økning i behandlingstilbudet de siste årene. Rusbehandling er lett tilgjengelig og det er kort ventetid. (Kilde: OpNorsk pasientregister i Helsedirektoratet, rapport *Aktivitetsdata 2017*).

Spesialisthelsetjenesten tilbyr kartlegging, utredning og behandling i form av poliklinisk oppfølging og/eller kort/langvarig institusjonsbehandling. Institusjonsbehandling skjer både i TSB (tverrfaglig spesialisert behandling) og i psykiatriske avdelinger.

Spesialisthelsetjenesten har videre ansvar for videre oppfølging før og etter institusjonsbehandling, re-innleggelse, poliklinisk behandling og brukerstyrte senger på Haugaland A-senter og på Karmøy DPS. Spesialisthelsetjenestens oppfølging etter institusjonsbehandling omtales ofte som ettervern. Spesialisthelsetjenesten innvilger og tilbyr legemiddelassistert rehabilitering (LAR-behandling). Spesialisthelsetjenesten har også ansvar for ettervern/oppfølging som polikliniske samtaler, grupper og oppfølging etter utskrivning fra institusjon. Dette gjelder for både psykisk helse og rus.

Kommunen

Det overordnede målet med tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. I tillegg er målet at alle skal leve et mest mulig normalt liv og være innlemmet i det lokalsamfunnet de er en del av. Brukernes behov skal være utgangspunkt for tjenestene. Brukerperspektiv og brukermedvirkning framheves som viktig.

Kommunenes oppgaver framgår av helse- og omsorgstjenesteloven. Med noen få unntak er de identiske med ansvar kommunen har for andre pasientgrupper. I tillegg til fastlegen har kommunene sine «ruskonsulenter» henvisingsrett til TSB. Videre kan kommunen fremme sak for fylkesnemnda for tilbakehold i institusjon (tvangsbruk) etter reglene i kapittel 10 i helse og omsorgstjenesteloven. Kommuneoverlegen kan fatte vedtak om at en person skal framstilles for fastlege for å bli vurdert for tvunget psykisk helsevern.

Utover det er kommunens hovedoppgaver å sørge for at personer med psykiske lidelser og /eller rusproblem har bolig, får tilbud om aktiviteter, helsetjenester, praktisk bistand og opplæring samt koordinering av de ulike tjenestene. For brukere der rehabilitering til arbeidslivet er aktuelt koples NAV inn på et tidlig tidspunkt. De som er uføretrygdet og trenger aktiviteter, får tilbud om dette i regi av kommunen og andre frivillige aktører.

Psykolog i kommunen har mulighet til å henvise brukere til spesialisthelsetjenesten, men det er først og fremst fastlegen som har ansvar for dette.

Kommunen sine tiltak til innbyggerne er ikke knyttet opp til at en først må ha vært innlagt i institusjon for å få tilgang på disse. For rusavhengige var det tidligere vanlig å nekte å gi tilbud om bolig og/eller andre tiltak til aktive rusmiddelmissbrukere. Bolig, arbeid og aktivitet skulle en først få etter endt behandling. Dette har alltid vært og er fremdeles lovstridig. Praksisen er endret, men den er trolig en av årsakene til at mange tiltak til rusmiddelavhengige i dagligtale fremdeles blir omtalt som ettervern, mens tjenester til andre kommunale grupper betegnes som tiltak og tilbud.

Begrepet «ettervern» er ikke entydig. Historisk er dette ofte brukt innen psykisk helse og rus, men også innen somatikk. Ettervern defineres i Store medisinske leksikon slik: *Ettervern, behandling og annen helsefaglig oppfølging etter utskrivning fra institusjon. Som regel er målet å støtte opp om en gradvis tilpasning og tilbakeføring til vanlig yrkesliv og en selvstendig hverdag. Systematisk ettervern er vanligst i forbindelse med behandling for psykisk sykdom og ved rusrelaterte tilstander, og kan omfatte både tradisjonell medisinsk behandling og oppfølging og mer støttepreget sosial virksomhet. Bruken av begrepet synes å være avtagende etter som de aktuelle tiltakene i det vesentlige omfattes av den individuelle plan som skal utarbeides for den enkelte pasient i slike situasjoner¹.*

I hovedsak er spesialisthelsetjenesten ansvarlig for oppfølging etter endt institusjonsopphold eller behandling i somatisk enhet. F.eks. kan en kirurgisk poliklinikk definere sitt ettervern som en telefon til pasienten for å høre om smertestillingen er ok, tilbud til å komme inn til klinikken uten ny henvising osv. Innen rus og psykisk helse har en ofte også trukket inn kommunen sitt ansvarsområde. Dette trolig fordi denne pasientgruppen ofte mangler nødvendige basisgoder for å kunne mestre en hverdag, slik som bolig, arbeid, aktivitet osv. Tiltak som inngår i en konkret plan for den enkelte ved utskrivning kan være individuell plan (IP), kriseplan og tiltaksplan - alt etter hva den enkelte pasient ønsker. Disse planene er kombinert med tiltak fra spesialisthelsetjenesten (poliklinisk oppfølging, brukerstyrt seng, kriseplan for akutt innleggelse, planlagt re-innleggelse osv). Karmøy kommune bidrar inn i slike konkrete planer for den enkelte ved utskrivning og gir kommunale tjenester det er behov for. Dette gjøres individuelt i hver sak. Kommunen sin egen vurdering er at Karmøy har et godt ettervern i forhold til den aktuelle brukergruppen.

Private tilbydere og ideelle/frivillige organisasjoner

Institusjoner som gir tjenester til personer med psykiske lidelser er i all hovedsak offentlige og en del av spesialisthelsetjenesten/helseforetakene.

På rusområdet er det imidlertid mange private aktører. De fleste definerer seg som ideelle foretak. Spesialisthelsetjenesten har jevnlig anbudsrunder på institusjonsbehandling hvor private og ideelle organisasjoner gir tilbud. Her er det et stort marked.

Også kommuner som ikke har tilstrekkelig boliger eller oppfølgingstilbud til pasientene etter endt behandling i spesialisthelsetjenesten har inngått avtale med private/ideelle organisasjoner. Kommuner som har mange bostedsløse og/eller har mangelfullt oppfølgingstilbud vil gjerne ha et slikt behov.

Frivillige lag og foreninger har mange ulike aktiviteter og tilbud. Kommunen formidler informasjon om disse, og hjelper i noen tilfeller brukerne til å benytte tilbudene.

¹ Nylenna, Magne. (2016, 15. januar). Ettervern. I Store medisinske leksikon. Hentet 30. april 2018 fra <https://sml.snl.no/ettervern>.

Pårørende og brukerorganisasjoner

Pårørende og ulike brukerorganisasjoner vil være viktige samarbeidspartnere for å tilpasse et best mulig målrettet tilbud til brukergruppene og den enkelte bruker. Pårørende kan ha ulike roller og kan om brukerne gi samtykke til det være brukeren sin representant. Selv om pårørende er en ressurs kan de også ha behov for å få råd og veiledning hvordan de skal forholde seg til personer med rusproblemer eller/og er psykisk syke. Ansatte kan ikke gi ut informasjon om personer de gir tjenester til men gir generell veiledning.

NAV

NAV har ansvar for å avklare riktig økonomisk ytelse til riktig tid. Stikkord her er arbeidsevnevurdering, arbeidsformidling, arbeidstilrettelegging, aktivitetsplikt, inntektssikring og økonomiforvaltning.

Forskning og utvikling

For tiden gjennomfører kommunen et FoU-prosjekt i samarbeid med Husbanken, arkitektfirma Snøhetta og Uni Research Polytec vedrørende utvikling av egnede boliger til vanskeligstilte.

I mars 2017 inngikk kommunen en intensjonsavtale med stiftelsen Karmsund ABR-senter som legger til rette for et samarbeid for i felleskap kunne styrke kunnskaps- og utviklingsarbeidet på området. Samarbeid om forskning, innovasjon, kompetanse, kompetanseutvikling og kurs er aktuelle tiltak.

Recovery college er et kurstilbud der fagfolk og brukeransatte sammen holder kurs for brukere. Målet er å hjelpe brukere til å finne sin egen recoveryprosess. Dette kurstilbudet er en del av et forskningsprosjekt med FOUSAM (Karmøy kommune, Høyskolen Vestlandet og Helse Fonna). Oppstart i Karmøy var januar 2018. På sikt ønsker vi at brukere som har deltatt på Recovery college kan være med å holde nye kurs. Kursene er i prosjektperioden finansiert av forskningsmidler.

2.4. ROP og samarbeid/avgrensning mot andre kommunale virksomheter

Virksomhet for rus- og psykisk helsetjeneste (senere omtalt som ROP) i Karmøy ble etablert i nåværende struktur 1.1.2015. Virksomheten har over 90 årsverk fordelt på om lag 120 ansatte. I tillegg til leder og stab er virksomheten organisert i 5 avdelinger ROP Sør, ROP Nord, Mottak og oppfølgingscenteret (MO), Østremtunet (leiligheter) og Dag og aktivitet.

Det at kommunen har en virksomhet som har personer med rus- og psykiske lidelser som målgruppe betyr ikke at denne alene håndterer alle personer med slike utfordringer. Det er viktig med god koordinering og et godt faglig samarbeid mellom de ulike virksomhetene.

Personer under 18 år

Denne planen omhandler tjenester til personer som er over 18 år. Personer under 18 år med psykiske lidelser og rusproblemer får hjelp av mange ulike instanser for utfordringer på dette området. Det kan være barnehage, skole, helsestasjon, jordmortjeneste, avlastning, barnebolig, PPT, barnevernstjeneste, SLT koordinator og triK (tidlig rusintervensjon Karmøy, et midlertidig prosjekt). Beskrivelse av hva kommunens ansvar, oppgavefordeling, utfordringer og tiltak for personer under 18 år omtales i andre planer og styringsdokument (se s. 6).

Primærforebygging, herunder forebygging av selvmord

Koordinering av kommunens primærforebyggende virksomhet/generelle folkehelse, herunder psykisk helse, rus- og selvmordsforebygging håndteres av folkehelsekoordinator og SLT-koordinator.

Kommunens helse- og omsorgstjenester

Kommunens bestillerkontor for helse og omsorgstjenester skal vurdere behov for og tildele tjenester, og utførerleddene skal koordinere slik at tjenestebehovet dekkes. Hensikten er at innbyggerne i kommunen skal oppleve et sammenhengende og helhetlig tjenestetilbud. I tillegg er det viktig at riktig kompetanse brukes på riktig plass for å utvikle kostnadseffektive tjenester av god kvalitet. For at brukere og medarbeidere skal oppleve at det gis likeverdige tjenester må det være sammenheng mellom ressursfordeling og oppgaver.

Oppgavefordeling ROP, den ordinære somatiske hjemmetjenesten og bolig og miljøarbeidertjenesten

ROP:

- Personer over 18 år
- Rus
- Psykisk helsetjeneste
- Brukere i autisme spekteret (herunder asberger) hvor rus også er en utfordring
- Når pasienter er plassert i ROP, utføres også de somatiske tjenestene så lenge de ikke dominerer tjenestetilbudet.
- Eldre rusmisbrukere som blir behandlet for rusmisbruk.

Somatisk hjemmetjeneste:

- Somatiske pleiebehov
- Psykiske og geriatriske tilstander som oppstår som en del av somatisk sykdom eller alderdom
- Saker hvor somatisk hjelpebehov er dominerende
- Alderspsykiatri
- Geriatri

Bolig- og miljøarbeidertjenesten:

- Tjenester til personer med psykisk utviklingshemming og samtidig rus- og psykisk lidelser.
- Brukere i autismspekteret (herunder asberger) og annen utviklingsforstyrrelse på lavt funksjonsnivå.

Samarbeid på tvers av tjenestene

Det er også etablert samarbeid på tvers av tjenestene utover det forvaltningsmessige.

Dersom det mangler kompetanse for å utføre oppdrag i en av tjenestene, må det gjøres avtaler om bistand. Virksomhetene kan ikke reservere seg mot oppdrag på grunn av manglende kompetanse. Er det ett permanent udekket kompetansebehov skal det vurderes i rekrutteringssammenheng.

Behovet og kravet til samhandling vil øke og slike arenaer må derfor utvikles gjennom dialog, veiledning eller andre hensiktsmessige former for samarbeid.

Spesialstillinger som for eksempel kreftkoordinator jobber på tvers av alle avdelinger etter behov.

Innen de ulike tjenestene er det også viktig at den eksterne samhandlingen med spesialisthelsetjenesten utvikles slik at brukere som har rettigheter inn mot spesialisthelsetjenesten får den helsehjelpen de har krav på.

Grensetilfeller

Hovedregel er at hele vedtak styres mot et enkelt utførerledd. Eventuelt behov for samhandling avtales på utførernivå. Dersom bruker får et vesentlig og vedvarende endret behov kan bestillerkontoret vurdere vedtak på nytt. Dersom det i enkeltsaker er tydelige avgrensinger kan vedtak deles mellom de ulike utførerleddene. Eksempler på grensetilfeller er eldre og personer med nedsatt funksjonsevne som også har lidelser knyttet til psykisk helse og/eller rus.

Effektiv ressursbruk

Alle tjenestene er ansvarlige for at kommunens totale ressursinnsats ut ifra innvilget bistand til brukerne skjer på den mest effektive måten med hensyn på kompetanse og kapasitet.

2.5. De tre ulike brukerforløpene

I det følgende beskrives brukerforløpene i forhold til mål, ansvar, oppgaver og tiltak. Mål for de tre hovedforløpene beskrives med utgangspunkt i tiltak innen forebygging, kartlegging, behandling og oppfølging og samarbeid, jf. Helsedirektoratets veileder *Sammen om mestring* (s. 48).

Brukerforløp 1 - Milde og kortvarige problemer

Brukergruppen

- Nyoppstått angst eller depresjon av mild til moderat grad
- Selvskading uten samtidig personlighetsforstyrrelse
- Høyt alkoholkonsum som skaper problemer uten å oppfylle krav til skadelig bruk
- Bruke av illegale rusmidler uten klar funksjonssvikt

Denne brukergruppen er i hovedsak i arbeid, sykemeldt, alderspensjonister eller arbeidssøkende.

Formål med forebygging

- Forebyggingen skal rette seg mot individer som har risikofaktorer eller har begynt å utvikle problemer.
- Gjennom tidlig identifikasjon og intervensjon forhindre videreutvikling og begrense problemene, forkorte behandlingen og redusere negative konsekvenser.
- Drive aktiv informasjonsarbeid og organisere tjenestene slik at de er lett tilgjengelige for brukerne.

Kartlegging

Kommunen skal ha kompetanse i å kartlegge begynnende rus- og/eller psykiske plager.

Behandling og oppfølging

Kommunen skal ha hovedansvaret for å ivareta personer i denne målgruppen. Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et lavterskeltilbud som har kompetanse på å kartlegge begynnende rus- og/ eller psykiske plager, og tilbyr følgende tjenester:

- Tilrettelegging for veiledet selvhjelp
- Mestringskurs
- Drop In kurs – panikkangst
- Kurs blir korrigert og tilrettelagt ut i fra tilbakemeldinger fra brukere og evalueringer
- Vurdering av psykologspesialist
- Individuell oppfølging med kognitiv metode av personell som har gjennomgått opplæring

Samarbeid

Kommunen skal arbeide for et god samarbeid med aktuelle samarbeidspartnere.

I dette hovedforløpet er disse: fastlege, NAV-kontoret, arbeidsplass, Frisklivsentralen, DPS (Distriktpsikiatrisk senter). Spesialisthelsetjenesten skal bare unntaksvis ha en rolle i dette brukerforløpet, fortrinnsvis dersom problemene utvikler seg til å bli mer langvarige.

Kommunepsykolog og Karmøy DPS har etablert et samarbeid for ansvarsavklaring for denne målgruppen.

Brukerforløp 2 - Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser

Brukergruppen

- Akutt psykose med god prognose
- Langvarige mildere depresjoner og angstlidelser
- Mindre alvorlige personlighetsforstyrrelser eller spiseforstyrrelser
- Tidsbegrenset og skadelig bruk av alkohol
- Illegale rusmidler uten avhengighet
- Skadelig bruk av alkohol uten markert funksjonstap og tilbakevendende depressive episoder

De fleste i denne brukergruppen har AAP-arbeidsavklaringspenger, sosialstønad/aktivitetsplikt, noen er i arbeid, andre er arbeidssøkende og noen er uføretrygdet.

Formål med forebygging

- Målet med forebyggingen er å redusere skadevirkninger. Lengrevarende psykiske lidelser er forbundet med økt risiko for å utvikle rusmiddelproblemer, og omvendt. Når problemene varer over tid øker faren for å begå selvmord.
- Ansatte i kommunen skal ha kunnskap om forebygging/ avdekking av selvmordsfare.
- Forebyggingen skal lindre plager, forhindre tilbakefall og motvirke komplikasjoner. Faren for å falle ut av arbeidslivet stiger for denne brukergruppen, med påfølgende økonomiske problemer.

Kartlegging

Kommunen og spesialisthelsetjenesten har begge et ansvar for kartlegging og utredning. Innledende kartlegging danner grunnlag for videre oppfølging og dette ansvaret ligger i kommunen. Når problemene vedvarer skal spesialisthelsetjenesten kontaktes for diagnostisering og spesialistbehandling. Det er utarbeidet egne samarbeidsavtaler med Helse Fonna.

Behandling og oppfølging

- Redusere tilbakefallsfaren
- Oppfølging av Individuell plan ved behov
- Recovery skal være en grunnleggende filosofi for tjenesteytingen
- Endringssamtaler (lavterskeltilbud, både forløp 2 og 3) skal tilbys når bruker har behov
- Innhold i individuelle samtaler skal ha bl.a. fokus på selvregulerende og affektdempende tiltak, i tillegg til rådgiving og endringsveiledning
- Selvhjelpskurs: Recoverycollege
- Relasjonsbygging er et mål i møte med brukerne
- Motivere brukerne til å delta i helsefremmende aktiviteter som fysisk aktivitet eller sosiale tiltak
- Henvisning til TSB (Tverrfaglig spesialisert behandling - enhet for rusbehandling i spesialisthelsetjenesten)

- Rehabilitering: Det skal ytes rehabilitering når bruker har behov for systematisk, tidsavgrenset og målrettet oppfølging. I disse tilfellene skal bruker få tilbud om individuell plan og egen koordinator. Det skal være fokus på fysisk aktivitet og rutinepreget atferd i rehabiliteringsprosessen.
- Arbeid/aktiviteter og meningsfull fritid skal være en viktig del av oppfølgingen.

Samarbeid

Kommunen skal arbeide for et godt samarbeid med aktuelle samarbeidspartnere. Aktuelle samarbeidspartnere er fastlege, kommunens bestillerkontor, NAV, DPS, TSB og LAR.

Brukerforløp 3 - Alvorlige og langvarige problemer og lidelser

Brukergruppen

- Medikament- og rusmiddelavhengighet
- Alvorlig bipolar lidelse
- Alvorlig depresjon
- Schizofreni
- Alvorlig personlighetsforstyrrelse

Mange i denne brukergruppen er uføretrygdet og noen har AAP eller sosialstønad.

Formål med forebygging

- Forhindre tilleggsproblemer, forverring og tilbakefall.
- God behandling av grunnlidelse for å forebygge selvmord, overdosedødsfall og vold.
- Forebygge/avdekke selvmordsfare.
- Hindre stigmatisering og diskriminering.

Kartlegging

- Kartlegging i dette forløpet skal være nøyaktig og helhetlig og er et ansvar for både kommune og spesialisthelsetjeneste.
- Kommunen skal drive aktivt oppsøking og trekke inn spesialisthelsetjenesten når det er nødvendig.

Behandling og oppfølging

Kommunen skal ha døgnbemannet tilbud for brukere med sammensatte problemer, dvs. det er ansatte med kompetanse innen rus- og psykisk helse dag/kveld/helg og nattpatrulje.

Brukere i dette hovedforløpet skal ved behov ha følgende tjenester:

- Praktisk bistand, oppfølging og opplæring
- Hjemmesykepleie
- Praktisk hjelp i hjemmet
- Lavterskeltilbud:
 - Mattilbud på MO-senteret

- Lege
- Aktiviteter
- Prevensjonsveiledning
- Tannpleier som gir veiledning
- Sårstell
- Tilbud om samtale med saksbehandler på MO-senteret
- Karmøy DPS har behandler som er på MO en gang i uken
- Rent brukerutstyr: utdeling og returordning
- Ulike fokus i løpet av året, f.eks. røykeavvenning, alkoholbruk, injeksjonsproblematikk, ernæring og Hepatitt C utredning og behandling
- Tilgang på data og telefon
- Råd og veiledning

Brukere skal/kan også få tilbud om tjenester som gis uten vedtak

Dersom bruker spør om hjelp utenom vedtak, skal/kan det vurderes fortløpende om dette er viktig for bruker og om det er tid og kapasitet. Eksempler på tjenester/tiltak uten vedtak:

- Transport til NAV, folkeregisteret, KIF (Kriminalomsorg i frihet), spesialisthelsetjeneste (vurderer fortløpende for hver enkelt bruker, og transporterer/følger slik at nødvendig behandling blir fulgt opp - både psykisk, somatisk og rus). Bistår blant annet personer som er uten ID/har mistet identitetsdokumenter til å fremskaffe det.
- Rydding i leiligheter, flytting, hjelpe brukere å skaffe seg mat (kjøre til butikk, Frelsesarmeen, Håpets havn og Heart kafeen). Dette vurderes også for brukere som ikke har vedtak om hjelp til innkjøp.
- MO senteret utfører uten vedtak sårstell (på senteret eller hjemme hos bruker). Disse bistår også Nord og Sør i forhold til sårstell og veiledning.
- Bistår brukere i oppstarten av aktivitet. Dette utføres uten vedtak. Hensikten er å trygge bruker og å komme i gang på aktivitetssenter.
- Ved akutt forverring i brukers tilstand bistår tjenesten med å komme i kontakt med lege, legevakt, AAT og eventuelt følge til innleggelse. Dette gjøres uavhengig av vedtak og kapasitet (prioriteres foran andre oppgaver).
- Tjenesten har fokus på å jobbe grupperettet. Eksempler på dette er Recoverycollege, drop-in kurs i mestring av panikkangst. Disse kursene er lavterskel og drives uten vedtak.
- For å oppnå skadereduksjon tilbyr tjenesten råd, veiledning, tilgang på rene sprøyter, vaksiner, helse- og legeundersøkelse og ernæringstiltak.

Tjenester som kan gis på annen måte/dag enn vedtatt:

Andre tiltak som er vanskelig å planlegge og å tallfeste er tjenester som bruker i utgangspunktet ikke ønsker. Dette kan være brukere der boevner ikke er tilstrekkelig og hvor ROP jobber målrettet for å komme i posisjon til bruker til å rydde, kaste bost og vaske. En kan f. eks. måtte følge opp brukere som ikke vil ha hjelp den dagen de har vedtak på oppfølging, en helt annen dag. Dersom bruker en annen dag er motivert prøver ROP å legge til rette for å få dette til. I mer kompliserte saker der bruker ikke har gode nok boevner til å holde bolig/leilighet selv, motiverer ROP bruker til å ta i mot hjelp slik at bosituasjonen kan bedres. I enkelte saker har det vært 4-6 ansatte (i tillegg til sosialvaktmester) som har bistått bruker i slike saker.

Tilbud og tiltak som er felles for de tre brukerforløpene

Psykososial oppfølging i kriser

Kommunen har ansvar for hjelp ved **ulykker og andre akutte situasjoner**. Kommunen har utarbeidet en beredskapsplan for helse- og omsorgstjenesten som er i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Kommunen har i tillegg etablert psykososialt kriseteam for oppfølging av mennesker som har opplevd eller opplever alvorlige kriser. Teamet inngår i kommunenes beredskapsplan. Kommunen har i dag avtale med 4 sykepleiere som rykker ut ved ulykker og plutselige dødsfall. Det er i planperioden budsjettert midler til å omlegge ordning til en fast vaktordning, planen er å gjennomføre dette i løpet av 2019.

Kommunen har avtale med **Krisesenteret** i Haugesund.

Kommunen har vedtatt en interkommunal **plan for vold i nære relasjoner**. Det pågår et arbeid for iverksetting og implementering av kommunens handlingsplan.

Forbedret samhandling og begrensning av sårbare overganger og flaskehals

Mange mennesker med psykiske lidelser/ problemer og rusavhengighet har ofte behov for tjenester fra ulike instanser. Det er derfor utviklet samarbeid mellom de aktuelle kommunale tjenestene, spesialisthelsetjenesten og andre aktuelle samarbeidspartner. I gjeldende plan er det definert sårbare overganger og flaskehals som det er arbeidet med.

- **Helse Fonna:** Samhandlingsavtaler er revidert.
- **Internt i kommunen:** Kommunen har definert ansvar for oppgaver mellom hjemmetjenesten og tjenester for utviklingshemmede.
- **Barnevern:** Virksomhetene samarbeider om enkeltsaker i overgangsfaser fra barn til voksenoppfølging.
- **Bestillerkontor:** Det er etablert faste møter mellom bestillerkontor og virksomheten.
- **Fastleger:** I planperioden har kommunen etablert e-meldingssystem som medfører at samarbeidet blir bedre. Det er gitt informasjon om virksomhetens ansvarsoppgaver i allmennlegeutvalget
- **NAV:** Det er etablert fast samarbeid mellom Nav og virksomheten

Oppfølging av pårørende

Barn: I starten av tjenestetilbudet blir det kartlagt om bruker har barn. Det å ha en psykisk lidelse/ rusavhengighet samtidig som en er foreldre blir tatt opp som eget tema og det er utarbeidet egen prosedyre på hva en skal spørre om. Ellers er helsepersonell ihht barnevernsloven pliktet til å melde fra ved mistanke om omsorgssvikt.

Foreldre/barn teamet er utviklet i planperioden. Oppgavene som dette teamet ivaretok var foreldreveiledning og grupper for barn av psykisk syke. Disse oppgavene ligger til den ordinære helsestasjons- og skolehelsetjenesten, PPT og barnevernstjenestens nyopprettede Familiesenter.

Andre pårørende: Det gis tilbud om samtaler, råd og veiledning av pårørende ved henvendelse. Kommunen har avtale med Pårørendesenteret som drives av Norske kvinners sanitetsforening. Senteret er lokalisert i Haugesund og driver et bredt individrettet og grupperettet tilbud til pårørende innen rus- og psykisk helse - både for barn og voksne. I tillegg viderefremmes informasjon om kurs i regi av Helse Fonna og andre.

2.6. Brukermedvirkning

Et overordnet mål med brukermedvirkning er at brukere har reell innflytelse ved utforming av tjenestene, både på individuelt nivå og på systemnivå.

Virksomheten har fått prosjektmidler for ansettelse av 2 x 50 % medarbeidere med brukererfaring. Disse medarbeiderne har erfaring fra det å være tjenestemottaker som rusavhengig og tjenestemottaker med psykisk helsevansker. På denne måten får tjenesten inn brukerkompetanse i tillegg til fagkompetanse.

I tillegg har virksomheten tatt i bruk Fit-outcomes verktøyet som gir brukerne mulighet til fortløpende tilbakemelding på tjenestetilbudet.

Aktivitetssentrene har husmøter 2 ganger årlig med evalueringer av alle aktivitetene som pågår. Det blir gjennomført jevnlig brukermøter i Pilehagen.

Tiltaksplaner evalueres fortløpende der brukere har innflytelse på videreføring av tiltak. En flerårig brukerundersøkelse i regi av helsedirektoratet ble påbegynt høsten 2017. Vi har ennå ikke fått resultater derifra. Andre tiltak rundt brukermedvirkning:

- Boligprosjekt i samarbeid med Husbanken, Uni Reasch Polytec og Snøhetta.
- Ulike dokumenter: Prosjektbeskrivelse for recovery college, planene til de enkelte enhetene i ROP (MO, aktivitet, felles, Sør, Nord, Østremtunet), Verdigrunnlag-brosjyren og ROP brosjyren
- Klageperm
- Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevner
- Mottak og oppfølgingssentret og Pilehagen etterspør brukertilbakemeldinger i alle interne møter

Recovery-virksomhet

Rus- og psykiske helsetjenester har siden 1.1.2017 vært en recovery-virksomhet.

Recovery handler om «å komme seg». Det er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en personlig og sosial prosess, målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de utfordringer problemene kan forårsake. Vi skal spørre brukere: «Hva er viktig for deg?» Innsatsen/oppfølgingen skal handle mer med å fremme brukers ressurser og meningsfulle aktiviteter, i motsetning til å fokusere på sykdom og symptomer.

Alle 5 avdelinger skal arbeide recoveryrettet. De siste 2 årene har virksomheten deltatt i et læringsnettverk for recovery som består av kommuner fra hele Rogaland og Sunnhordaland.

I forbindelse med omdannelsen til en recovery-virksomhet, er det gjennomført 4 fagdager for alle ansatte i virksomheten. Det er ansatt 2 medarbeidere med brukererfaring i avdeling for dag og aktivitet ved hjelp av tilskuddsmidler fra fylkesmannen. Det jobbes systematisk med å få tilbakemeldinger fra en del av brukerne gjennom verktøyet «FIT outcomes».

Recovery college er et kurstilbud der fagfolk og brukeransatte sammen holder kurs for brukere. Målgruppen er brukere fra forløp 2 og 3. Målet er å hjelpe brukere til å finne sin egen recoveryprosess. Dette kurstilbudet er en del av et forskningsprosjekt med FOUSAM (Karmøy kommune, Høyskolen Vestlandet og Helse Fonna). Oppstart i Karmøy var januar 2018. På sikt ønsker vi at brukere som har deltatt på Recovery college kan være med å holde nye kurs. Kursene er i prosjektperioden finansiert av forskningsmidler.

2.7. Oppsummering - organisering og innhold i tjenestene

Kommunen har samme ansvar etter lov om helse og omsorgstjenester for pasienter med rusproblemer som for alle andre pasienter, men med noen tillegg: Både fastlegen og kommunene sine «ruskonsulenter» har henvisningsrett til TSB behandling. Videre kan kommunen fremme sak for fylkesnemnda for tilbakehold i institusjon (tvangsbruk) etter reglene i helse og omsorgstjenestelovens kapittel 10. Utover det er kommunens hovedoppgaver å sørge for at personer med rusproblem har bolig, får tilbud om aktiviteter, helsetjenester, praktisk bistand og opplæring. Koordinering av ulike tjenester osv. For brukere hvor rehabilitering til arbeidslivet er aktuelt, koples NAV inn på et tidlig tidspunkt. De som er uføretrygdet og trenger aktiviteter, får det i regi av kommunen og andre frivillige aktører.

Spesialisthelsetjenesten v/helseforetak (herunder DPS), NAV og pårørende er viktige samarbeidspartnere.

Organiseringen og innholdet i ROP-tjenesten er bygd opp slik at kommunen i størst mulig grad arbeider i tråd med intensjonene i regjeringens opptrappingsplan og brukernes behov lokalt.

ROP har følgende praksis i forhold til deltakelse i arbeid og/eller aktivitet:

- De som har gjennomført behandling og skal ut i jobb, eller er i stand til å stå i ordinært arbeid selv om de har en rus/psykisk lidelse, blir støttet til å etablere kontakt med NAV. NAV har et vidt spekter av individuelle, rusfrie tiltak som har som hovedmål å få brukerne inn i ordinært arbeid. I disse sakene er det NAV som står for innhold i kontakten med bruker.
- For de som har for dårlig helse til å stå i ordinært arbeid, men har kapasitet til å gjøre noe og ønsker å ha ett rusfritt, arbeidsrettet dagtilbud, er VTA (varig tilrettelagt arbeid) ordninger gjennom NAV et mål å jobbe mot. Bl.a. har Solstein gitt ROP brukere tilbud.
- ROP bistår brukere til å melde seg inn i lokale lag og foreninger for å få et fritidstilbud. Det kan være alt fra idrettslag til ideelle organisasjoner. Alle gir rusfrie fritidstilbud.
- Videre driver kommunen rusfrie dagsenter for personer med rus og psykiske lidelser.

- Siste leddet i aktivitetstilbudet er aktiviteter hvor også aktive rusmiddelavhengige kan delta. Aktivitetstilbudet tillater ikke inntak av rus i tiltaket og det stilles krav til atferd. Her gjør personalet en klinisk vurdering på hva som er forsvarlig. Slike aktiviteter kan være sjakk, tur i marka, 50 lappen, trening osv.

Erfaring viser at dersom en skal få folk til å endre livet, må det arbeides med å begynne å endre livsstil. Å få folk inn i aktiviteter mens de ruser seg, er derfor helt nødvendig for å ha en sjanse til å komme videre og øke mestringen av livet sitt.

Storparten av de aktivitetene ROP-tjenesten tilbyr er rusfrie. Det nye de siste årene er at det også tilbys aktivitet til personer som er aktive rusmiddelavhengige.

3. BRUKERNES BEHOV OG TJENESTENES UTFORDRINGER

3.1. Forekomst rusavhengighet og psykiske lidelser

Ruslidelser

Folkehelse rapporten utgitt av Folkehelseinstituttet forteller følgende om forekomsten av ruslidelser i Norge:

- Mellom 10 og 20 prosent av befolkningen får en ruslidelse i løpet av livet.
- Skadelig bruk eller avhengighet av alkohol er den hyppigst forekommende ruslidelsen i Norge.
- Pasienter med ruslidelser har ofte også andre psykiske lidelser og kroppslige sykdommer.

Bruk av alkohol og andre rusmidler

Tall fra Folkehelseinstituttet viser følgende om bruk av alkohol og andre rusmidler i Norge i 2016:

- I 2016 var det litt over 80 prosent av voksne som hadde drukket alkohol siste år.
- Vi drikker i gjennomsnitt nesten 7 liter ren alkohol per år, regnet per innbygger 15 år og eldre.
- Det registrerte forbruket økte kraftig fra 1990 og fram til 2008, men har deretter gått noe ned.
- Menn drikker oftere og i gjennomsnitt dobbelt så mye alkohol som kvinner.
- Eldre drikker oftere, men mindre, alkohol enn yngre.
- Vi drikker vesentlig mindre alkohol i Norge enn i de fleste europeiske land, regnet per innbygger 15 år og eldre.
- Cannabis er det mest brukte narkotiske stoffet i den norske befolkningen.
- Siden 2000 har det vært en nedgang i bruk av cannabis blant 15-16 åringer. I 2015 oppga 7 prosent at de hadde brukt cannabis noen ganger.

Bruken av cannabis blant norske ungdommer (15-16 år) er lav sammenlignet med andre land i Europa.

Rusproblematikken i Karmøy

Rusproblematikken i Karmøy er stabil, og det er relativt god oversikt over behovet til kjente brukere ut fra brukerplankartleggingen.

Brukerplan viser at antall brukere med rusutfordringer er relativt stabilt siste ti år. Snittalderen er imidlertid økt med 7 år. Intern rapportering viser at utskiftingen av brukere med rusproblematikk ved Mottak og oppfølgingssenteret ligger på ca 15 %. Dvs. ca 30 personer av om lag 200 går ut (bl.a. pga at de blir rusfri eller flytter mv) og det kommer 30 nye brukere inn fra år til år.

Psykisk helse hos voksne

Rapporten *Psykiske plager og lidelser hos voksne*, publisert i 2018 på Folkehelseinstituttets nettside, viser at mellom 30 og 50 prosent vil få en psykisk lidelse i løpet av livet. Halvparten med psykiske lidelser har minst to psykiske lidelser, og mange opplever rusmiddelproblemer.

- 30 prosent får en angstlidelse (hyppigst er spesifikk fobi og sosial fobi).
- 25 prosent får en stemningslidelse (hovedsakelig depresjon).
- 10-20 prosent får en ruslidelse.
- Rundt 1-2 prosent får schizofreni eller en annen psykoselidelse.

Følgende fremkommer i ovennevnte rapport:

- Lidelsene som oftest opptrer sammen er angst og depresjon, samt ruslidelser og andre stemningslidelser. Personer som rammes av flere psykiske lidelser har sterkere funksjonsnedsettelse og dårligere prognose enn de som rammes av én lidelse. Eksempelvis kan personlighetsforstyrrelser vanskeliggjøre behandling av angst og depresjon.
- Rusmidler er vanligere blant personer med psykiske lidelser enn ellers i befolkningen.
- Mange som rammes av en psykisk lidelse kommer aldri i kontakt med helsetjenesten.
- Det er lite kunnskap om innvandreteres psykiske helse.
- Det rapporteres om en økning i andelen unge jenter med et høyt nivå av psykiske plager og som oppsøker helsetjenesten for disse plagene.

Psykisk helse i Karmøy

Utviklingen i Karmøy følger den nasjonale trenden. Forekomsten av alvorlige psykiske lidelser er stabil. Vi ser også en økning av moderate lidelser.

Utviklingen blant unge, spesielt jenter, viser hvor viktig det er med sømløs overgang mellom tjenester for unge og tilbudet til personer over 18 år.

3.2. Hovedfunn i BrukerPlan-kartlegging Karmøy 2007-2017

Karmøy kommune begynte med kartlegging av rusproblematikk i BrukerPlan i 2005. De første årene var det sosialtjenesten som kartla sine brukere. Siden 2012 har kommunen kartlagt både psykisk helse- og rusproblematikk. ROP, den kommunale delen av NAV, barnevernstjenesten og helsestasjonstjenesten har kartlagt i BrukerPlan de siste årene. BrukerPlan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfanget og karakteren av rusmiddelmissbruk blant brukerne av kommunens helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Verktøyet kan brukes til kartlegging, kvalitetssikring, utvikling og planlegging av tjenester. En av årsakene til at BrukerPlan ble utviklet var at det er vanskelig å hente ut sammenlignbare tall fra kommunenes KOSTRA-rapporteringer i og med at tjenestene er organisert forskjellig. I tillegg er det bl.a. ikke mulig å få oversikt over hvor stor andel av

hjemmetjenestens ressurser som knyttes til rus og psykiske lidelser. Fra 2012 ble tjenester innen psykisk helse inkludert i BrukerPlan, med unntak av tjenestene til brukere i forløp 1. Analyse av levekår, psykisk helse, rus og bruk av aktiviteter gjennomført av KORFOR (vedlagt) viser at **personer med rus og rus/psykisk helseproblematikk har fått det bedre i Karmøy.**

Det er fortsatt ca 50% av de kartlagte som bruker betydelig med rusmidler. De har imidlertid fått det bedre på andre områder.

I forhold til rusmiddelbruk fremkommer det at **flere går over til å bruke alkohol.** Dette vil påvirke livskvaliteten og tjenestebehovet, da alkohol er det rusmidlet som er **mest skadelig** for kroppen.

For personer med rus og rus/psykisk helseproblematikk må det helsemessig legges til 20 år på alderen i forhold til personer uten disse lidelsene. Kommunen har derfor en **økende gruppe eldre** (personer over 50 år) som har en dårlig helse og trenger en del tjenester.

Videre ser vi at det **ikke er så mange nye som kommer inn i tjenesten**, og at de som kommer inn i hovedsak er personer som har hatt mange tjenester fra barnevernet.

I snart 20 år har Karmøy kommune **jobbet systematisk med å avklare** om personer kan komme tilbake til arbeid eller har behov for uføretrygd. Dette har medført at en stor andel personer som ikke har muligheter til å komme i arbeid, har blitt uføretrygdet. Det er viktig både for den enkelte og tjenesteapparatet å få en slik avklaring av hva som er den riktige ytelsen. Det er også viktig i forhold til gruppen langtids sosialhjelpsmottakere.

3.3. Antall brukere i de ulike forløpene

For 2017 viser kartleggingen i BrukerPlan og registrering av personer som har mottatt rask psykisk helsehjelp følgende:

Forløp 1:

- 191 brukere totalt som har fått individuell hjelp
- 60 har deltatt på kurs i depresjonsmestring og belastningsmestring

Aldersfordeling	18+	35+	50+
Antall	78	69	38

Kjønnfordeling	Menn	Kvinner
Antall	52	139

Flesteparten av denne målgruppen er i arbeid eller sykemeldt.

Ved utgangen av mars 2018 har rask psykisk helsehjelp-teamet individuell oppfølging av om lag 120 brukere. Det er til nå i år gjennomført 4 mestringskurs med til sammen 37 deltakere. I tillegg er det gjennomført et Drop In – kurs - Panikkangst med 25 deltakere.

Forløp 2 og 3:

- 288 er vurdert å ha en psykisk lidelse uten en samtidig ruslidelse.
- 206 er vurdert å ha samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.
- 30 er vurdert til å ha en ruslidelse uten å ha en samtidig psykisk lidelse.

I tillegg er det ca 20 personer som bruker lavterskeltilbud som ikke er med i tallene ovenfor.

Antall brukere i 2017 var totalt omtrent 230 i forløp 1 og 550 i forløp 2 og 3.

Tallene fra Brukerplan (tallene fra rask psykisk helsehjelp (forløp 1) er ikke tatt med) viser at det er flest kvinner som kun har psykiske lidelser uten rusproblemer.

Kjønnsfordeling	Menn	Kvinner
Rus, rus og psyk.	69 %	31 %
Psykiske lidelser	33 %	67 %

Tallene kan videre indikere at Karmøy følger den generelle utviklingen i Norge som viser at rusproblemer er på vei ned blant de yngre, mens psykiske plager er økende.

Aldersfordeling	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	76+
Rus, rus og psyk.	26	48	61	65	34	2	0
Psykisk lidelser	50	47	47	57	58	26	3

3.4. Måloppnåelse i de ulike brukerforløpene

Måloppnåelse må sees opp i mot kommunens ansvarsområde. Kommune sine oppgaver er tiltak og tjenester etter helse- og omsorgsloven. Mye av dette er relatert til praktiske tjenester for de som bor i kommunen. Disse tjenestene skal ytes ut i fra den enkeltes forutsetninger. Der er spesialisthelsetjenesten som har det en kan kalle ett «medisinsk behandlingsansvar» og som eventuelt måler resultat av sin behandling på området.

Hvor gode de individuelle resultatene er av behandling for alvorlig depresjon, angst, schizofreni o.l., måles ikke av kommunen. Det samme gjelder for behandling for rus. Dette er forhold spesialisthelsetjenesten har ansvar for. Kommunen har derfor ikke tall på hvor mange som blir «friske» av sine psykiske lidelser, eller sin rusavhengighet. Unntaket er lette og moderate lidelser. Her har ikke spesialisthelsetjenesten et behandlingsansvar. Her måler kommunen resultatene selv.

I **forløp 1** brukes FIT-outcomes for individuelle målinger. Denne gruppen mottar nesten aldri praktisk bistand og andre tjenester, og får heller ikke hjelp i spesialisthelsetjenesten.

- 141 av 191 (2017 tall) personer har rapportert forbedringer etter behandling og oppfølging (s17).

Det er vanskeligere å måle måloppnåelse i **forløp 2 og 3**. Behandling for rus og psykiske lidelser mottar brukerne i spesialisthelsetjenesten, hvis de ønsker dette. Kommunen har ikke tall for dette. Noe av tiltakene i kommunen kan måles ut i fra disse indikatorene:

Kvalitet

- Kommunen mottar svært få klager og har svært få omgjøringer av vedtak til personer med rus- og psykiske lidelser de siste åra.
- Nylig gjennomført tilsyn av fylkesmannen fant ingen avvik.

Kompetanse

- Kommunen har bred kompetanse på området. I ROP tjenesten er det tilsatt både lege og psykolog.

Tjenester, innhold og ventetid

- Individuelle tiltak blir iverksatt fortløpende. Det er i utgangspunktet ikke ventetid. En kan måtte vente på bolig med heldøgnsbemanning, men kommunen yter tjenester der «hvor du bor» til «heldøgnsbolig» blir framskaffet.
- Kommunen har ikke problemer med å ta imot utskrivningsklare pasienter (fra spesialisthelsetjenesten) innen ROP.
- Det er etablert gruppetilbud gjennom recovery-college. På sikt er det meningen å etablere selvhjelpsgrupper.
- Kommunen og frivillige tilbyr et bredt spekter med aktiviteter som kan være med på å gi enkeltpersoner som ikke er i arbeid en meningsfull fritid og en sosial arena for fellesskap og læring.

Brukermedvirkning – Recovery-tankegang

- Alle brukere tilknyttet ROP får påvirke sitt tjenestetilbud.
- Kommunen deltar i undersøkelser i regi av Helsedirektoratet.
- Kommunen utfører egne halvårige undersøkelser på aktivitetssentrene.
- Målet er å utvikle flere lokale brukerundersøkelser.

3.5. Innspill fra brukerne og pårørende

Brukermedvirkning skjer og kan skje på mange nivå:

- På **systemnivå** ved at organisasjoner gir innspill og/eller deltar i planarbeid, open space osv.
- På **gruppenivå** ved at brukerne evaluerer et tiltak. F.eks benyttes dette ved alle dagsenter.
- På **individnivå** ved at den enkelte er med å tar beslutninger om eget liv og påvirker hvilken og hvorledes hjelp skal gis. Det kan og benyttes individuelle tilbakemeldinger, f.eks. FIT outcomes

Karmøy er en recovery-kommune. Recovery som metode bygger på brukermedvirkning.

Medvirkning på systemnivå

Da den første planen ble laget deltok lokale brukerrepresentanter med bakgrunn i både rus og psykisk helse i arbeidet. Litt av utfordringen kan være å finne lokale representanter når planer skal utarbeides. Ved evaluering av planen annonserte og inviterte kommunen til kafedialog sammen med folkehelsekoordinator i forbindelse med at rusmiddelpolitisk handlingsplan rulleres samtidig. Innspill er viktige og tas på alvor. Likevel må det tas forbehold i forhold til at det kan være noe tilfeldig hvem som møter opp og det er også motstrid i enkelte av innspillene. Noen innspill ligger utenfor mandatet til planarbeidet.

Medvirkning på gruppenivå

Følgende aktiviteter er igangsatt:

- Recoverycollege, et samarbeid og forskingsprosjekt med FOUSAM. Her deltar tilsatte med brukererfaring og tilsatte fra Karmøy og FOUSAM. Gruppetilbud til pasientene.
- Halvårige gruppeevalueringer, f.eks. dagsenter.
- Deltaker i brukerundersøkelse i regi av KORFOR
- Forskingsprosjekt om utvikling av boliger for vanskeligstilte gjennom brukermedvirkning.

Medvirkning på individnivå

Dialog med den enkelte bruker er grunnleggende. Innfor lovverk, økonomi og lokale forhold tilstreber vi å finne løsninger *i sammen med bruker*.

Helse- og omsorg opplever at brukermedvirkning blir ivaretatt. Blant annet hadde kommunen nettopp tilsyn på pasientgruppen samtidig rus og psykisk lidelse. Brukermedvirkning var et av de områdene det var tilsyn på. Kommune fikk ingen avvik. Det kan likevel være områder som kan forbedres.

Utfordringer knyttet til medvirkning på systemnivå

Det er spesielt utfordrende å utnevne representanter som kan medvirke på systemnivå. Det er flere aktuelle organisasjoner, og disse har i flere sammenhenger også motstridende interesser. Ikke alle lag og organisasjoner har aktive lokale representanter. Det bør derfor vurderes nærmere om det vil være formålstjenlig å opprette et bredt sammensatt brukerutvalg.

4. HOVEDMÅL OG TILTAK FREM MOT 2024

4.1. Hovedmål

Basert på evaluering av dagens status og utfordringsbildet fremmes forslag til hovedmål og tiltak/satsingsområder fram mot 2024 med formål å forbedre tjenestetilbudet innen psykisk helse og rus og effektivisere arbeidet.

Målet for den enkelte må fastsettes individuelt.

Det overordnede målet oppleves som en god rettesnor for tjenestene. Dette utfyller godt kommunens overordnede målkart (se s. 6) om en inkluderende og mangfoldig kommune med rom for alle og muligheter for den enkelte, og foreslås videreført:

Det overordnede målet med tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. I tillegg er målet at alle skal leve et mest mulig normalt liv og være innlemmet i det lokalsamfunnet de er en del av. Brukernes behov skal være utgangspunkt for tjenestene. Brukerperspektiv og brukervedvirkning er viktig.

De 7 hovedmålene som ble fastsatt i forrige plan fungerer greit som viktige fokusområder for å opprettholde og videreutvikle kvaliteten i tjenesten. Disse foreslås imidlertid knyttet litt mer opp mot kommunens generelle målkart, og noen av målene foreslås slått sammen.

Hovedmål

1. **Avklaring sammen med brukerne hvilken hjelp som trengs til enhver tid for å kunne mestre egen livssituasjon**
2. **Tilgjengelige og fremtidsrettede tjenester**
3. **Arbeid og aktivitetstilbud som gir meningsfulle og tilrettelagte oppgaver i hverdagen**
4. **Organisering som fremmer virkningsfulle, effektive og samordnede tiltak for brukeren**
5. **Psykisk helse- og rustjenester skal være integrert i utviklingen av kommunens framtidige tjenester**

4.2. Tiltak

1. Brukermedvirkning og behovsavklaring

Brukergruppens behov må danne grunnlag for tjenestens virksomhet. Det er derfor viktig å sikre og videreutvikle en god brukermedvirkning både for å definere behovet hos den enkelte og felles for brukergruppene. Til dette benyttes ulike metoder og verktøy (omtales nærmere i kap 2.6).

Det er viktig at en sammen med bruker avklarer hvilken hjelp/oppfølging bruker trenger for å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv. Dette fokuset må opprettholdes i alle ledd i tjenestene.

Erfaring viser at det er spesielt utfordrende å utnevne representanter som kan medvirke på systemnivå. Det bør derfor vurderes nærmere om det vil være formålstjenlig å opprette et bredt sammensatt felles brukerutvalg for helse og omsorgstjenestene. Dette bør da settes sammen med representanter fra ulike organisasjoner som er aktive lokalt og som kan utnevne representanter til ulike oppgaver, som f.eks. planarbeid

Strukturene som ivaretar samarbeid, ansvarsavklaringer, bevissthet om myndighetskrav og godt faglig arbeid med brukeren i fokus må videreutvikles kontinuerlig.

2. Fremtidsrettede tjenester

I tråd med kommunens overordnede målkart (s. 6) er det viktig å være i forkant av fremtidige behov. Norge er halvveis i en opptrappingsplan på rusfeltet. Kommunen får styrket sin mulighet til å gi bedre og flere tjenester ved at det årlige rammetilskuddet blir økt, og ved at kommunen kan søke om midler for å starte opp nye tiltak. Det er viktig at kommunen benytter seg av denne tidsavgrensede muligheten til å bygge opp tjenestetilbudet til personer med rus, og rus og psykiske lidelser.

Som følge av kartlegging vet vi noe om brukernes fremtidige behov og hvilke utfordringer tjenestene har knyttet til dette.

Kommunen ønsker videre å være heldigital innen 2020. Dette vil også bli søkt iverksatt innenfor de områdene det er mulig i ROP, bl.a. innenfor lavterskeltilbud for psykisk helse.

Økende antall personer med lette og moderate psykiske lidelser

Lette og moderate lidelser ser ut til å øke, og dermed vil behovet for rask psykisk helsehjelp (RPH) også øke.

Pågangeren etter oppstart av RPH har vært vedvarende stor. Etter hvert som det blir mer åpenhet om psykiske problemer, må en forvente økende tilstrømming. Ifølge SINTEF-rapporten *En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer* er gode og brede lavterskeltjenester og et tettere samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten noe av svaret på hvordan vi kan sørge for å gi personer med lettere og moderate psykiske problemer det beste behandlingstilbudet. Videre anbefales i denne rapporten at tjenestene har en sterkt sosialfaglig innretning da mange psykiske

helseproblemer har sin årsak i sosiale og personlige problemer, som arbeidsledighet, økonomisk usikkerhet eller trøblete sosiale relasjoner. Tilbud som tar for seg alle disse aspektene, vil kunne være mer lønnsomt enn en spisset helsetjeneste som fokuserer kun på angst- og depresjonsbehandling. Virksomheten kan i større grad gi hjelp som gruppetiltak/kurs, undervisning og etablere selvhjelpsgrupper.

Psykisk helse og rus som tilleggslidelser

Det er grunn til å anta at psykiske tilleggslidelser hos eldre vil øke. Etter hvert som levealderen øker vil flere oppleve tap av funksjoner, venner og pårørende. Dette kan være med på å øke forekomsten av bl.a. depresjon. Den geriatriske/alderspsykiatriske kompetansen i kommunen bør derfor styrkes.

Også personer med nedsatt funksjonsevne kan ha lidelser knyttet til psykisk helse og/eller rus. Det er svært viktig å opprettholde et godt samarbeid mellom de ulike tjenestene og å rullere samarbeidsavtale med bestillerkontoret.

Redusert bruk av tvang

Endring i psykisk helsevernloven iverksatt i september 2017 gir strengere krav til bruk av tvang ved bl.a. innleggelse, utskrivning, medisinerings mv. Dette vil bidra til at pasienter som i henhold til faglige vurderinger bør ha behandling i institusjon vil takke nei til dette. Det vil dermed kunne bli flere pasienter med store behov som kommunen skal gi tjenester til.

Økende andel eldre rusmisbrukere

Kartlegging viser at det ikke kommer så mange nye brukere inn i tjenesten og at de som kommer til i hovedsak personer som har hatt mange tjenester fra barneverntjenesten. I brukergruppen innenfor ROPs ansvarsområdet er det en økende andel eldre (defineres som personer over 50 år) som har en dårlig helse og trenger en del tjenester. En aldrende gruppe personer med rusmiddelavhengighet vil kreve økte tjenester, og for mange mer daglig oppfølging. Dette både i form av helsehjelp, men også praktisk bistand og oppfølging. Her vil en i stor grad måtte gi hjelp som individuell oppfølging.

Livsstilssykdommer

Mange brukere utvikler livsstilssykdommer. Fremover vil det være behov for å ha fokus på å avdekke hjerte- og karsykdommer og å tilby hjelp til å behandle Hepatitt C. Det samarbeides med helse Fonna og fastleger om utredning og behandling av hepatitt C. Videre vil flere av brukerne kunne ha nytte av kurs for røykeslutt, kosthold og bevegelse.

Pårørende en ressurs og med behov for støtte

Pårørende har behov for støtte i en situasjon der et familiemedlem har rus og/eller psykiske utfordringer. Pårørende kan også gi brukeren støtte. Det er viktig med forventningsavklaring på grad av involvering og muligheter for støtte. En rutine/guide for dette vil utarbeides.

Boliger

De siste årene ser vi at antall personer som trenger å leie kommunal utleiebolig eller trygdebolig/omsorgsbolig har gått ned. Det har vært anledning til å selge boliger som er mindre egnet. Det vurderes at denne utviklingen vil fortsette. Det blir mer og mer vanlig at eldre tilrettelegger egen bolig, eller kjøper seg egnede leiligheter slik at de ikke trenger å leie.

I tillegg er det gjort grep for å sikre at de som leier kommunale utleieboliger, og som etter hvert blir i stand til å leie privat eller kjøpe sitt eget, får hjelp til det.

Det er fortsatt mange kommunale utleieboliger som er dårlig egnet. Det bør derfor jobbes med å gradvis skifte ut disse boligene med mer **tilrettelagte boliger**.

Heldøgnsomsorg og boliger i nærheten av personalbase

Brukere i ROP som pga somatiske behov har behov for sykehjemsplass får dette i ordinære sykehjemsavdelinger. I gjeldende plan for heldøgnsomsorg foreligger det ikke planer om å bygge opp egne avdelinger for disse. Dette er noe som må vurderes i forbindelse med registrerte behov og ved rullering av plan for heldøgnsomsorg og evt funksjonsfordeling. Flere brukere utvikler KOLS som resultat av blant annet mangeårig røyking. Disse har behov for oksygenbehandling, men på grunn av eksplosjonsfare kan mange ikke få dette hjemme. Et **mer egnet botilbud med personalet tettere** på ville ha vært nyttig for disse brukerne.

Noen av brukerne i ROP er kognitivt svake og noen har diagnose «lettere psykisk utviklingshemming». De har et lavt funksjonsnivå på flere områder samtidig med psykisk lidelse og rus. Flere av disse har behov for heldøgnsomsorg/bemannet bolig. Det er også behov for et mer egnet **botilbud** for brukere som har behov for oksygen **hvor personalet er tettere på**.

Pr i dag er det 3-4 brukere som har fått innvilget **bemannet bolig**, uten å ha fått et tilbud. De står på venteliste på grunn av manglende boliger.

Kjøp av tjenester fra private og/eller ideelle organisasjoner

I forbindelse med utskrivning av rusmiddelavhengige fra institusjon blander en ofte tiltak fra spesialisthelsetjenesten og kommunens tiltak sammen, og omtaler dette under betegnelsen ettervern. Noen få rusverninstitusjoner har også solgt «ettervernpakker» til kommunene i etterkant av institusjonsopphold. Det betyr da at personen blir værende på institusjonen i kommunal regi etter at de er utskrevet av spesialisthelsetjenesten. Slike løsninger blir nok ofte valgt når kommunen selv ikke kan tilby bolig etter utskrivning.

Karmøy kommune har pt ikke behov for å inngå avtaler om tjenester. Dersom det likevel i fremtiden oppstår individuelle behov utover det som kommunen kan tilby er det mulig å kjøpe flere ulike tjenester på det frie markedet.

Samarbeid om tjenester med frivilligheten

Tradisjonelt har frivillige organisasjoner og stiftelser hatt en rolle i rusbehandlingen i Norge. Det er spesialisthelsetjenesten som har ansvar for tilbudet om rusbehandling, og har bl.a. inngått avtaler med denne typen institusjoner. Også kommunesektoren vil fremover generelt ha et økende behov for å samarbeide med frivilligheten. Innenfor de tilbudene som gis innen psykisk helse og rusarbeid er det svært viktig med høy helsefaglig kompetanse. Det vil derfor være mest aktuelt å samarbeide med frivillige innen aktivitet- og fritidstilbud. I tillegg supplerer frivillige det kommunale tilbudet med andre verdifulle humanitære tilbud som utdeling av klær og mat mm.

ROP i Karmøy kommune samarbeider med mange frivillige lag og organisasjoner om fritidstilbud. ROP bistår med å bruke disse, både gjennom at ansatte hjelper brukerne til å ta kontakt og ved at støttekontaktordningen blir forsøkt brukt til å integrere våre brukere i det rike frivillighetslivet Karmøy har å tilby. Eksempler:

- Hjelper med kontakt/formidler kontakt.
- Følger.
- Er med på tilbudet dersom personer trenger noen kjente med seg.
- Informerer om tilbud.
- Låner ut lokaler.
- Rekrutterer aktuelle deltaker.

De ulike aktørene har ulike tilbud. Eksempler på tilbud kan være: mat, besøksvenn, ulik grad av tilrettelagte aktivitetstilbud, samtale og selvhjelp.

Oversikt over frivillige som ROP Karmøy samhandler med, og/eller som brukerne/pårørende benytter:

- Veiledningssentret for pårørende
- «Friskt alternativ» (Frelsesarmeen)
- Haugesund turistforening
- Røde Kors
- FKH-gatefotball
- Kirkens bymisjon
- Heart kafeen
- Håpets Havn
- Frelsesarmeen i Kopervik

Noen selvhjelpstilbud som er tilstede på Haugalandet:

- NA (anonyme narkomane)
- AA (anonyme alkoholikere)
- Al-anon (For pårørende, utspring fra AA)
- Familieklubb

Tilbud som gis av frivillige og ideelle organisasjoner blir brukt, og er svært viktige i den daglige drift - også etter opphold i institusjon. Det blir fremover viktig å ivareta, videreutvikle og formalisere et godt samarbeid med frivilligheten.

3. Arbeid og aktivitetstilbud som gir meningsfulle og tilrettelagte oppgaver i hverdagen

Både for samfunnet og for den enkelte og dens familie vil det vært av stor betydning om brukere med arbeidsevne i størst mulig grad kan ta del i **det ordinære arbeidslivet**. Det er derfor svært viktig å bistå disse brukere slik at kontakt med NAV opprettes og å være en god støttespiller i forhold til opplegg som NAV fastsetter.

Enten man har arbeidsevne eller ikke er det for de aller fleste grunnleggende å oppleve sosialt fellesskap, tilhørighet og å ha forpliktelser i hverdagen. ROP har etablert ulike **aktivitetstilbud og fritidstilbud** og vil jobbe aktivt for å videreutvikle disse. Det er også

viktig å tilrettelegge for den enkeltes deltakelse i aktivitet, både individuelt og i gruppe – i ordinære fritidstilbud og tilbud spesielt tilrettelagt for brukerne.

Det vil være viktig å **videreføre og videreutvikle det positive samarbeidet med frivilligheten**, som omtalt under pkt. 2 ovenfor.

4. Økonomisk styring, riktige prioriteringer og en god arbeidsplass

Karmøy kommunes ressursbruk og satsing på psykisk helse og rusarbeid er i tråd med den generelle utviklingen i Norge. Dette gjelder også den helhetlige og tverrfaglige tilnærming til brukerne, som i Karmøy også har medført en omorganisering som bedre fremmer **brukerperspektivet**.

Ut fra kartlegging av brukernes behov bør en innenfor rustjenestene spesielt styrke personellressursene og kompetansen i forhold til aldring og somatikk. Både somatisk hjemmetjeneste og sykehjem, samt de som yter tjenester til personer med utviklingshemming (Bolig og miljøarbeidertjenesten), må i tillegg til sin spesialkompetanse ha kunnskap om, og kunne gi hjelp til personer som i tillegg til sine somatiske hjelpebehov/utviklingshemming også sliter med psykiske lidelser/eventuelt rusmisbruk. **Det vil være behov for kompetanse også** innen i somatisk tjeneste, i Bolig og miljøarbeidertjenesten, og et samarbeid om hvordan kommunen håndtere disse oppgavene og omtales i i respektive kompetanseplaner.

På bakgrunn av at det i mange tilfeller er like formålstjenlig å gi personer med lette og moderate lidelser kurs som å gi dem individuell oppfølging vil virksomheten bruke mer kurs for å møte økte behov framover. Flere tilsatte i virksomheten bør derfor gjennomføre videreutdanning i **kognitiv terapi**, særlig på området rus.

Effektiv ressursbruk og finansieringsmodeller som samsvarer med oppgavemengde er et viktig grunnlag for best mulig tjenester til brukerne. Det er viktig å ha et kontinuerlig fokus på å forbedre treffsikkerheten også i finansieringsmodellen for tjenestene innen rus og psykisk helse. Dette vil også kunne gi riktigere måling av ressursbruk i de ulike tjenestene.

Virksomheten har generelt høy bevissthet om at det å **rekruttere, beholde og forvalte kompetansen** i tjenestene på en best mulig måte vil være en kontinuerlig forbedringsprosess, som må **styres ut fra de behovene vi ser i brukerguppen**. Dette vurderes bl.a. også i forbindelse med strategisk kompetanseplan for kommunen og virksomheten. Generelt er det viktig å ha kontinuerlig fokus på god ledelse og å gjøre hverandre gode – både i enhetene, men også mellom de ulike enhetene. Samarbeidsavtalen mellom bestillerkontoret og utførerenheten bør evalueres jevnlig.

Det er viktig at lokalene er funksjonelle og hensiktsmessige i forhold til aktivitet og tjenestetilbud som drives i disse. Det er behov for å se nærmere på enkelte av lokalene knyttet til ROP.

5. Sammenheng mellom planer

Rus og psykisk helsetjeneste har gitt innspill og deltatt i utforming av andre planer i kommunen for å ivareta brukergruppens behov og bidra til sammenheng i kommunens planverk. Dette vil også være viktig framover. Relevante kommunale planer som ROP har et spesielt ansvar for å bidra inn i er følgende:

Rusmiddelpolitisk handlingsplan og Handlingsplan for SLT/folkehelse

Handlingsplanen for SLT/folkehelse rulleres årlig og beskriver tiltak innen helsefremmende og primærforebyggende tiltak (eks depresjon og andre psykiske plager og rus). Handlingsplan mot selvmord er en del av denne.

Det er viktig å ta med seg tilbakemeldinger fra brukere som fremkommer i ulike samarbeidsprosjekter (som for eksempel med SLT-/folkehelsekoordinator om Open Space og kafédialog) i det videre arbeidet med plan for psykisk helse og rusarbeid.

Boligsosial handlingsplan

Boligsosial handlingsplan rulleres i 2018. I denne er det spilt inn behov for mer tilpassede boliger.

Plan for heldøgnsomsorg i Karmøy kommune

Pr april 2018 var det ingen brukere tilknyttet ROP på venteliste til sykehjemsplass eller omsorgsbolig. Behov for institusjonsplasser med heldøgnsomsorg eller boliger med/nær personalbase må spilles inn og vurderes nærmere i helhetlig plan for heldøgnsomsorg.

Plan for frivilligheten

Det er mest nærliggende for kommunen å samarbeide med frivillige om ulike veilednings- og aktivitetstilbud og å bidra med veiledning for organisasjoner som driver humanitært arbeid som bistand til mat og klær o.l. Dette er relevant å spille inn i forhold til kommunens plan for frivilligheten.

4.3. Tiltak knyttet til det enkelte hovedmål

Hovedmål 1

Avklaring sammen med brukerne hvilken hjelp som trengs til enhver tid for å kunne mestre egen livssituasjon

- 1.1. Brukermedvirkning – flere nivåer og ulike metoder – tilrettelegge for å bruke og videreutvikle metoder
- 1.2. Avklaring og oppfølging i henhold til forløpene 1, 2 eller 3, herunder mål for den enkelte
- 1.3. Opprettholde og videreutvikle strukturer som sikrer godt samarbeid, ansvarsavklaring og sømløs overgang mellom instanser og tjenester

Hovedmål 2

Tilgjengelige og fremtidsrettede tjenester

- 2.1. Personalressursene og kompetanse skal utvikles og nyttes på en god måte ut fra brukerbehov
- 2.2. Forbedre lavterskeltilbudet rask psykisk helsehjelp:
 - Økt fokus på tidlig hjelp i forhold til rusmiddelmissbruk
 - Økt tilbud om gruppetiltak, undervisning og selvhjelpsgrupper.
 - I større grad ta i bruk digitale verktøy.
- 2.3. Økt fokus på somatisk hjelp, herunder også avdekke og behandle livsstilssykdommer
 - samarbeid med Helse Fonna og fastleger om utredning og behandling av Hepatitt C
- 2.4. Spille inn behov for botilbud/heldøgnsomsorg basert på kartlegging:
 - Bolig med personale tettere på (plan for heldøgnsomsorg)
 - Bemannet bolig (for brukere med PU-diagnose) (plan for heldøgnsomsorg)
 - Utskifting til mer tilrettelagte boliger (boligsosial handlingsplan)
- 2.5. Videreutvikle samarbeid med frivilligheten om aktiviteter o.l.
- 2.6. Involvering og støtte til pårørende, forventningsavklaring.

Hovedmål 3

Arbeid og aktivitetstilbud som gir meningsfulle og tilrettelagte oppgaver i hverdagen

- 3.1. Bistå brukere med arbeidsevne slik at kontakt med NAV opprettes og være en støttespiller i forhold til opplegg som NAV fastsetter
- 3.2. Videreutvikle aktivitetstilbud og tilrettelegge for deltakelse i aktivitet, både individuelt og i gruppe.
- 3.3. Samarbeid med frivilligheten

Hovedmål 4

Organisere tjenestene på en måte som fremmer virkningsfulle, effektive og samordnede tiltak for brukeren

- 4.1. Kompetanseheving innen somatikk, geriatrik/alderspsykiatri, livsstilssykdommer og tidligintervensjon rus (i Rask Psykisk Helsehjelp)
- 4.3. Ha kontinuerlig fokus på ledelse og å gjøre hverandre gode i og mellom enhetene, herunder rullere samarbeidsavtalen med bestillerkontoret
- 4.3. Hensiktsmessige lokaler for ROP

Hovedmål 5

Psykisk helse- og rustjenester skal være integrert i utviklingen av kommunens framtidige tjenester

- 5.1. Spille inn behov for botilbud (basert på kartlegging):
 - Bolig med personale tettere på
 - Bemannet bolig
 - Utsifting til mer tilrettelagte boliger

En del av tiltakene som blir skissert ligger allerede inne i dagens drift/budsjett, og øvrige tiltak vil bli vurdert i forbindelse med de årlige budsjettprosessene.

Rådmannens sluttord

Det har vært en stor nasjonal satsing på psykisk helse og rusomsorg de senere år. Dette har resultert i økning i boligsatsing med Husbanken som sentral aktør og opptrapping av tjenesteapparat i kommunen ved hjelp av tilskuddsmidler. Viktig er det også at Helseforetakene har fått ansvar for rusbehandling og at omfanget av rusbehandling har økt betraktelig både i institusjon og poliklinisk. I tråd med den nasjonale satsingen og anbefalinger i blant annet Helsedirektoratets veileder *Sammen om mestring*, har Karmøy kommune bygd opp en tverrfaglig rus og psykisk helsetjeneste som gir helhetlig oppfølging for begge grupper.

Rådmannen er stolt av det arbeidet som gjøres for brukergruppen innen virksomhet for rus og psykisk helse og tilgrensende virksomheter.

I april hadde Karmøy kommune tilsyn fra fylkesmannen på disse tjenestene. Her ble det ikke avdekket noen avvik, noe som er relativt uvanlig for en så stor kommune. Tilbakemeldingene var at fylkesmannen var positive. Det er viktig å bygge videre på dette for å videreutvikle tjenestetilbudet..

Rådmannen ønsker å trekke fram suksesshistorien med TIO-stolene. På TIO gjøres det godt arbeid, og de ansatte ser ut til å trives på jobben. Arbeidet som gjøres hos TIO viser igjen i lokalsamfunnet vårt på en god måte. Stolene er både flotte og funksjonelle. De har blitt yndede fotoobjekter der de er utplassert på våre flotte strender mv. Stolene minner oss på at vårt lokalsamfunn har mange ulike personligheter, og at vi alle sammen kan være med å gjøre det godt å bo og leve i Karmøy.



Vedlegg

Evaluerings gjennomført i april 2018 (m/vedlagt KORFOR-rapport og SINTEF-skjema)