MODIG

Sandnes
- i sentrum
for framtiden

Plan for psykisk helsearbeid 2017-2022

Vedtatt i bystyret, 19.06.2017

SANDNES KOMMUNE

Bystyrets vedtak 19.06.2017 sak 104/17:

- *Bystyret godkjenner Plan for psykisk helsearbeid 2017 - 2022 slik den foreligger.*
- *Bystyret ber rådmannen legge planens tiltak til grunn for utarbeidelse av innspill til økonomiplaner i planperioden.*
- *Statusrapportering på planens tiltak gjennomføres hvert år.*
- *Planen revideres i 2022.*

Oppfølging av planen:

Enhetene ved resultatenhetsleder har ansvar for gjennomføring av tiltak som er lagt til ansvarsområdet. For sektorovergripende tiltak der ansvarsforholdet ikke er tydelig avklart har fagstab barn og unge og fagstab levekår ansvar for å initiere og plassere ansvar for gjennomføring.

Kommunaldirektørene ved fagstab barn og unge og fagstab levekår har ansvar for helhetlig oppfølging og rapportering gjennom årlig statusrapportering og revidering av planen i 2022. Levekår har koordineringsansvar for rapporteringen.

Sammendrag:

Kommunen har hatt en plan for psykisk helsearbeid siden 1998. I 2011 ble forrige plan utarbeidet og vedtatt, Plan for psykisk helsearbeid i Sandnes 2011-2019. I henhold til bystyrets vedtak i økonomiplanen 2016-2019 (BS-sak 119/15) skulle planen revideres. I oppdraget inngikk også en tydeligere innlemming av befolkningsrettede tiltak.

Det har skjedd svært stor utvikling i forhold til psykisk helsearbeid i kommunen. Mye av det som forrige plan viste som behov og tiltak er nå gjennomført. Mens andre utfordringer ikke er løst, er endret, eller er nye. I revidert plan har en valgt å se barn, unge- og voksenfeltet i en tydeligere sammenheng. Planen vektlegger verdigrunnlag, familie- og nettverksperspektiv, brukerinvolvering og samarbeid. Planen viser status for ulike områder, peker på utfordringsområder og hvordan disse kan imøtegås. Planen skal gi et felles grunnlag for en helhetlig tenkning rundt psykisk helsearbeid og gi retning i fag- og tjenesteutvikling. Planen skal også gi tydeligere føringer for hvilke områder/ tiltak som skal utvikles videre og være et grunnlag for økonomiplanarbeider ved tiltak som krever tilførte ressurser.

Planens oppbygning

Planen er inndelt med innledningskapitler 1-3 der bakgrunn, føringer og omfang/ behov, samt overordnede mål og strategier er beskrevet. I kapittel 4 er samfunnsmessige faktorer som beskytter eller gir økt sårbarhet for psykisk uhelse beskrevet. En viser sammenhenger mellom gode levekår, gode grunntjenester og psykisk helse og peker på noen befolkningsrettede innsatser og tiltak.
I kapittel 5 vises områder som gjelder for alle tjenester i psykisk helsearbeid, uavhengig av aldersgrupper. Ambisjonen er at organisatoriske skiller, alder og målgruppe ikke skal være til hinder for utvikling av helhetlig perspektiv og innsatser.

I kapittel 6 beskrives psykisk helsearbeid til barn og unge, med status, utfordringsområder og hvordan disse kan møtes. Likeledes i kapittel 7 i forhold til voksne. En har valgt å se på behov og tiltak på 3 nivå. For å beskrive disse nivåene benyttes begrepene: *økt sårbarhet, begynnende,* og *betydelige psykiske vansker* i forhold til barn og unge. I forhold til voksne benyttes begrep for tre forløp: *forløp 1 milde, forløp 2 moderate* og *forløp 3 alvorlige psykiske vansker*.

Først i planen vises alle tiltak oppsummert.

INNHOLD

SAMLET TILTAKSLISTE ALLE KAPITLER

Kap 3. FOREKOMST OMFANG OG BEHOV

3.3 Tiltak:

1. Kommunen vil utarbeide en bedre oversikt over hvor mange barn, unge og voksne som får hjelp fra psykisk helsearbeid i kommunen

Kap 4. BEFOLKNINGSRETTET HELSEFREMMENDE OG SYKDOMSFOREBYGGENDE ARBEID

4.6 Anbefalte befolkningsrettede tiltak:

Videreføre kvalitet i grunntjenestene
Eksempelvis:

1. Kvalitetssikre barnehageansattes samspill med barnehagebarn. Ansvar: Fagstab barn og Unge
2. Øke barnehagedeltakelse på eller over landsgjennomsnittet. Ansvar: Fagstab Barn og Unge
3. Følge opp egne planer mot mobbing i tråd med barnehagens rammeplan. Ansvar: Barnehagene
4. Styrking av helsestasjonstjenester i tråd med statlige føringer. Ansvar: Helsestasjonstjenester
5. Kvalitetssikre skolens arbeid i forhold til elevenes rett til et trygt og godt skolemiljø, jfr. Opplæringsloven kap 9 a.

Styrke tilknytning til arbeidsliv
Eksempelvis:

1. Videre satsing på oppfølging av unge arbeidsledige. Ansvar: NAV
2. Kommunen har satsing i forhold til ansattes psykiske helse, og vil vurdere videre tiltak i planperioden. Ansvar: Organisasjon
3. For å forebygge konsekvenser av arbeidsledighet ser kommunen på muligheter for økt antall kommunale praksisplasser for arbeidssøkere. Ansvar: organisasjon

Muligheter for deltakelse og aktiv fritid
Eksempelvis:

1. Videreutvikle kommunens frivillighetspolitikk. Kartlegging av frivillig sektor i Sandnes utføres våren 2017 med folkehelsetilskudd fra Rogaland fylkeskommune.
2. Fortsatt stimulering av organisasjonsliv gjennom tilskuddsordninger, tilrettelegging av lokaler og utstyr, og dialog. Ansvar: Kultur og Park, Idrett, Vei.
3. Fortsatt tilby gratis fritidstilbud, aktiviteter i skoleferier og det gis tilgang til gratis eller rimelige lokaler eller utstyr for barn og unge. Ansvar: Kultur
4. I tråd med Barnefattigdomsplanen sørge for tilbud som er åpne for alle, som i utgangspunktet planlegges for hele befolkningen, og som ikke forutsetter økonomisk kapital.

Økt opplysning om psykisk helse
Eksempelvis:

1. Videreføre tiltak knyttet til Verdensdagen for psykisk helse (10.oktober). Ansvar: Rådmann v/SLT-koordinator.
2. Inkludere og videreutvikle informasjon om psykisk helse på kommunens nettsider, inkluder innhold fra nettsiden «Mitt barn – for foreldre til barn og unge som trenger litt ekstra». Ansvar: Levekår og Oppvekst Barn og Unge.
3. Prioritere antistigmaarbeid som eksempelvis informasjonsarbeid i nærmiljø i forbindelse med Boligsosial handlingsplan. Ansvar: Alle

Kap 5 PSYKISK HELSE 0-100 ÅR- SAMARBEID OM TJENESTEUTVIKLING

5.2.3 Familieperspektiv

1. Kulturbygning, kompetansebygging, tjenesteutvikling og praksisutforming av psykiske helsetjenester 0-100 år.
2. Ansatte i Levekår, Oppvekst Skole og Oppvekst barn og unge og Kultur (fritid) må besitte nødvendig systemkunnskap.
3. I planperioden vurdere om BrukerPlan skal benyttes også for aldersgruppen 16-18 år
4. I planperioden vurdere hvorvidt verktøyet Stafettlogg skal implementeres for å bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tjenester.

5.3.3. Forsknings- utviklings- og innovasjonsarbeid og informasjon.

1. Kommunen skal legge til rette for å medvirke i forskning innenfor psykisk helsearbeid
2. Mestringsenheten og barne- og familieenheten utvikler en plan for forskning innen psykisk helse og rus. Her må samarbeid med forskingsmiljø, hvordan få tak i forskningsmidler, publisering og implementering av forskningsfunn i tjenesteutviklingen inngå.
3. Kommunen har en målsetting om å etablere phd-stilling ved mestringsenheten i løpet av 2017/2018
4. Kommunen vil være i forkant og følge med på nasjonale anbefalinger i forhold til innhold, utvikling og prioriteringer innen psykisk helsearbeid, og legge vinn på tjenesteutvikling og tiltaksetablering i tråd med disse.
5. Kommunen vil vurdere behov for kompetanse og foreslå nye satsinger og årsverk i økonomiplan i tråd med behov i befolkningen, lovkrav, vedtatte tjenestebeskrivelser og nasjonale føringer.
6. Tiltak og tjenester innen psykisk helsearbeid samles under en fane på kommunens internettportal.

5.4.3 Barn som pårørende

1. Videreføre systematisk arbeid for å sikre fokus på «barn av …» i alle enheter i barn/unge, skole og levekår
2. Sikre at rutiner om barn som pårørende i levekår er kjent for enheter i oppvekst skole og oppvekst barn og unge
3. Vurdere om gruppetilbud for barn i regionen er tilstrekkelige i omfang eller om det er behov for tilbud i kommunal regi i tillegg.

5.5.3 Samarbeid med fastlege

1. Utvikle rutiner og praksis som styrker samarbeid mellom fastlege og kommunale psykiske helsetjenester for barn, unge og voksne og barn som pårørende.
2. Øke tilgangen til legekompetanse innen kommunalt psykisk helsearbeid enten ved bedre kommunikasjon og samhandling eller ved å knytte til seg rådgivende lege for rus- og psykisk helsetjenester.

5.6.3 Kartlegging

1. Styrke ansattes kompetanse og ferdigheter i å gjennomføre gode kartleggingssamtaler. Gjøre kjent, ta i bruk og utvikle og implementere gode verktøy til dette.

5.7.3. Brukertilbakemeldinger

1. Styrke bruken av brukertilbakemeldinger til å utvikle treffsikre tjenester og gode og effektive tjenester og relasjoner. Ta i bruk FIT-verktøyet i både mestringsenheten og i barne- og familieenheten og gi opplæring og veiledning til ansatte.
2. Styrke bruken av individuell plan. Tjenestene utarbeider måltall.

5.8.3 Verdsetting av levd liv – erfaringskompetansen

1. Utarbeide målsettinger for å nytte erfaringskompetanse og vurdere omfang ansettelser og engasjement av personer med egenerfaring, med mål om å legge til rette for større bruk av erfaringskompetanse i tjenesteutvikling.
2. Utarbeide strategier og tiltak for rekruttering av personer med egenerfaring

5.9.3 Ressurser- frivillighet – samfunn

1. Utvikle gode strategier og tiltak innen frivillighet.
2. Oppvekst barn og unge vurderer å etablere Home-Start familiekontakten. Dette er et familiestøtteprogram hvor frivillige følger opp småbarnsfamilier

Kap 6 PSYKISK HELSEARBEID FOR BARN OG UNGE

6.2 Psykisk helsearbeid for barn og unge

1. Det vurderes styrking i fagstab barn og unge med en psykolog for å sikre systemarbeidet innenfor psykisk helsearbeid.
2. BFE utarbeider en handlingsplan for helhetlig psykisk helsearbeid, barn og unge

6.3. Tidlig innsats; Barn og unge med økt sårbarhet for å utvikle psykiske vansker

1. I svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten videreføres systematisk fokus på gravides alkohol- og rusvaner (TWEAK), identifisering og støtte til gravide som sliter med nedstemthet (EPDS) og samtaler om vold i tråd med helsedirektoratets retningslinjer.

2. Grunntjenester og støttetjenester for de aller yngste barna støtter opp om og tilrettelegger for en god utnyttelse av tiltaket / pilotforsøket «Familier for første gang» (NFP) og delaktighet i vurdering av en videreføring av tiltaket etter pilotperioden.
3. Kompetansepakken «Tidlig innsats i barnehagene» videreføres og utbedres i tråd med ny rammeplan og satsingen «Den utviklingsstøtende barnehagen».
4. Skole og barnehage jobber systematisk mot mobbing, barnehagene har egne planer mot mobbing tilpasset den enkelte enhet.
5. Kommunens konsultasjonsteam vedr vold og overgrep drives videre og skal være en instans som bidrar til at ansatte i grunntjenestene ser og handler når barn utsettes for vold i nære relasjoner.
6. BFE viderefører og videreutvikler sin kompetanse og metodikk til å støtte foreldre slik at barnas sårbarhet for utvikling av vansker forebygges, avhjelpes og dempes.
7. Ta initiativ til felles fagdag for oppvekstfeltet om hvordan barns psykiske helse skades av omsorgssvikt og overgrep.

6.4. Barn og unge med begynnende psykiske vansker

1. Videreutvikle tiltak i BFE avdeling ressurssenter, for å kunne bistå barn/unge opp til 16 år og deres familier når barn har milde eller moderate psykiske vansker som ikke kan avhjelpes i grunntjenestene.
2. Sikre at barn og unge får bistand når behov for hjelp er avdekket
3. Sikre at barn under omsorg får nødvendig psykisk helsehjelp
4. Brukerinvolvering og brukermedvirkning skal være sentral i utforming og evaluering av kommunens psykisk helsearbeid – og helsetjeneste.
5. I BFE implementeres FIT (Feedbackinformerte tjenester, tidligere kalt KOR) som verktøy for brukerinvolvering i alle avdelinger og team.
6. Styrke innsatsen for ungdom som er i ferd med å utvikle atferdsvansker og som er i ferd med å etablere seg i negative og destruktive miljø ved å at det våren 2017 opprettes tre prosjektstillinger stillinger i BFE.
7. BFE videreutvikler gruppetiltak for å ivareta barn og unges hjelpebehov
8. Styrket barnehagetilbud viderefører SMART, et gruppetilbud for barnehagebarn med begynnende atferdsvansker.
9. PPT videreutvikler sitt systemarbeid for at grunntjenestene skal kunne tilrettelegge og avhjelpe barn/ungdoms begynnende vansker.
10. Videreutvikle gruppetilbud for målgruppene i kommunens psykiske helsearbeid og psykiske helsetjeneste for barn og unge.
11. Få i stand en forpliktende samarbeidsavtale mellom BFE og BUPA for helhetlig innsats og for avklaring om ansvarsfordeling
12. Vurdere implementering av Stafettloggen som verktøy for å sikre helhetlig oppfølging og medvirkning av foresatte / ungdommen.

6.5. Barn og unge med betydelige psykiske vansker

1. Videreutvikle tiltak i BFE avdeling ressurssenter, for å kunne bistå barn/unge opp til 16 år og deres familier når barn har omfattende psykiske vansker.
2. Sikre at barn under omsorg får nødvendig psykisk helsehjelp
3. I BFE implementeres FIT (feedbackinformerte tjenester, tidligere kalt KOR) som verktøy for brukerinvolvering i alle avdelinger og team.

4. Barn og unge som mottar barnevernstiltak skal sikres nødvendig psykisk helsehjelp gjennom særlig prioritering i BFE og samarbeid mellom BFE og BUPA.
5. Brukerinvolvering og brukermedvirkning skal være sentral i utforming og evaluering av kommunens psykisk helsetjeneste og verktøyet KOR (nå FIT) benyttes.
6. Utrede behov, omfang og iverksette tiltak slik at barn og unge med en psykisk utviklingshemming får hjelp for omfattende psykiske vansker.
7. Individuell plan skal nyttes i omfattende sammensatte saker
8. Tettere samarbeid med BUPA for helhetlig innsats og for avklaring om ansvarsfordeling
9. Tilrettelegge for barneboliger i de enkeltsaker hvor barn/ungdom med omfattende psykiske vansker ikke kan bo hjemme, men må få omsorg og behandling i en barne-/ungdomsbolig.

Kap 7 PSYKISK HELSEARBEID FOR VOKSNE

7.4. Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer

1. Erfaringer med Rask psykisk helsehjelp evalueres med tanke på videreføring i ordinær drift. Resultat fra pågående forskning må legges til grunn. Tilbudet bør vurderes å utvides til ungdom, eldre, arbeidstakere og personer med begynnende rusproblem
2. Vurdere å ta i bruk internettassistert behandling

7.5. Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige vansker/lidelser og langvarige mildere vansker/lidelser

1. Utvikle lett tilgjengelige tjenester, utøve fleksibilitet og tilby rask og tidsavgrenset psykisk helsehjelp.
2. Prioritere samarbeid med fastleger og NAV for å gi helhetlig og koordinert helsehjelp og hjelp til å mestre hverdagen, med særlig fokus på mulighet for arbeid og aktivitet
3. Utvikle helhetlige helse- og omsorgstjenester, som også ivaretar psykisk helse-perspektivet, til personer med utviklingshemming. Utfordringer i forhold til rus må også sees på samtidig. Hovedansvar: EFF
4. Det vurderes om strukturer og praksis for ansvarsdeling og samarbeid på enhetsledernivå er gode nok, eller om nye må etableres, i forhold til tjenester til personer som har psykiske vansker eller rus som tilleggsproblematikk

7.6. Hovedforløp 3: Alvorlige langvarige problemer

1. Vi må sikre godt oversiktsarbeid, god kartlegging og godt samarbeid for å ivareta nødvending helsehjelp og oppfølging til ressurskrevende brukere
2. Det er nødvendig med tett dialog med myndighetene for å avklare hvordan vi best mulig kan ivareta brukernes behov innenfor gjeldende lovverk og det kommunale handlingsrommet
3. Veiledning og kompetansebygging hos ansatte, særlig med tanke på å hjelpe de brukere som har aller størst behov for sømløse tjenester og høy grad av tilrettelegging for å mestre livet. Delta i nasjonalt nettverk som er under etablering.
4. Aktører som kommer i kontakt med personer med hjelpebehov, men som ikke selv søker hjelp har ansvar for å bistå disse og ta initiativ til tett samhandling mellom fastlege, mestringsenheten, NAV, omsorg og andre aktører som møter disse.

5. FACT-modellen må vurderes videreført etter prosjektperioden er over. Evalueringer fra følgeforskningen legges til grunn.
6. Utvikle helhetlige tjenester for personer med stort hjelpebehov innen både psykisk og somatisk helse

7.7. Kommunal psykisk helsehjelp til voksne

1. Kommunen vil utvikle og tildele tjenester i tråd med vedtatte vilkår (mars 2017)
2. Anbefalinger fra KS-læringsnettverk og pakkeforløps-beskrivelsene vurderes og søkes integrert i tjenesteutviklingen.
3. For å utvikle tjenester under recoveryperspektivet vil kommunen særlig arbeide for økt bruk av erfaringskompetanse i tjenestene til voksne.
4. Kommunen vil vektlegge ulike tilnærmingsmåter og satse på kompetansebygging og ferdigheter hos ansatte som samsvarer med problematikken hos brukere og deres pårørende. Kommunen vil særlig styrke kompetansen på recoverybasert oppfølging og traumebasert forståelse og behandling.

7.8.Helsefremmende tiltak for voksne med psykiske vansker

1. Kommunen vil heve kompetanse og omfang av tjenester som har fokus på fysisk/somatisk helse, kosthold, fysisk aktivitet/trening for personer med psykiske vansker.
2. Kommunen vil etablere et systematisk forbedringsarbeid knyttet til bruk av, virkninger av og rutiner rundt legemiddelbruk til brukere i forløp 3.

7.9.Brukermedvirkning på enhets- og avdelingsnivå.

1. Utvikle og forbedre praksis og nødvendige rutiner for reell brukermedvirkning på enhets- og avdelingsnivå.
2. Videreutvikle og utvikle flere brukerstyrte tiltak i samarbeid

7.10. Voksne pårørende

1. Styrke pårørendeperspektivet i tjenestene gjennom kompetansebygging, benytte nasjonale verktøy for dette formålet (e-læring), ha dialog med pårørende (for eksempel dialogmøter) og utvikle konkrete (avdelingsvise) forbedringsmål for pårørendearbeid.
2. Benytte åpen dialog og nettverksmøte som et virkemiddel for god pårørendeinvolvering.

7.11. Arbeid og arbeidsrettet aktivitet

1. Styrke psykisk helsearbeideres kompetanse og ferdigheter i å støtte recoveryprosesser som handler om arbeid, utdanning og deltagelse.
2. Bredt samarbeid om arbeid og utdanning til personer med psykiske vansker, der ungdom prioriteres.
3. Det er behov for avklaring av hvordan kommunen skal tenke og eventuelt prioritere arbeidstilbud til personer som ikke har tilgang på arbeidsrettet aktivitet gjennom Navs tiltakssystem. Det settes i gang et avklaringsarbeid i levekår våren 2017.

7.12.Samarbeid med Sandnes DPS og andre spesialisthelsetjenester i Helse Stavanger HF

1. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten må styrkes. Avvik når samarbeidet ikke er godt nok må drøftes på hensiktsmessig nivå. Kommunen vil gjennomføre og følge opp egne ROS-analyser og avvikshåndtering som omhandler samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
2. Iverksette avtaler knyttet til kommunal øyeblikkelig hjelp og betalingsordninger
3. Rådmannen er åpen for å gå i dialog om kommunal drift av DPS.

7.13. Oppfølging etter selvmordsforsøk og oppfølging av pårørende etter selvmord.

1. Et tverrfaglig sammensatt møte utarbeider oversikt over praksis og rutiner etter selvmordsforsøk og etter selvmord og foreslår eventuelle tiltak for å sikre og forbedre oppfølgingen til pasient og pårørende og sikre og forbedre samarbeid mellom helsepersonell.

1. INNLEDNING

1.1. Bakgrunn

Revidert Plan for psykisk helsearbeid 2017-2022 er en oppdatering av Plan for psykisk helsearbeid 2011 – 2019. Sistnevnte plan peker på utfordringer, strategier og tiltak for å videreføre og videreutvikle det psykiske helsearbeidet i Sandnes. Planen omfatter virksomhetsområdene oppvekst barn og unge, oppvekst skole og levekår og ble utarbeidet med tverrfaglig sammensatt grupper og stor grad av brukerinvolvering. Planen bygget videre på Plan for psykisk helsearbeid 2007 -2010. Plan for psykisk helsearbeid 2011 – 2019 ble vedtatt av Bystyret den 31. mai 2011 og er fulgt opp med statusoppdatering i 2014 og revisjon i 2017.

Innen psykisk helsearbeid har det skjedd endringer de seinere årene. Mange av tiltakene i Plan for psykisk helsearbeid 2011- 2019 er gjennomført. Noe er endret, og nye faglige premisser er kommet inn. Revideringen er gitt som oppdrag gjennom bystyrevedtak BS 119/15, Økonomiplan 2016-2019:

Psykisk helsearbeid er en integrert del av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester. Bystyret ber Rådmannen starte en revidering av Plan for psykisk helsearbeid. Det bes om at befolkningsrettede tiltak innen psykisk helsearbeid, som helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak også blir beskrevet i planen.

Mandat for revisjonen er gitt av kommunaldirektørene for levekår, oppvekst skole og oppvekst barn og unge. Revisjonen bygger på gjeldende plan, men gjenspeiler dagens situasjon og utfordringsbilde. Revisjonen er gjennomført av en tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe. Det er gjennomført referansegruppemøter med ledere og berørte i aktuelle kommunale tjenester. Brukere er involvert i revisjonsarbeidet gjennom brukerråd i Mestringsenheten.

Opprinnelig planperiode var juni 2011 til og med 2019. Revisjonsarbeidet har vært omfattende og planen er oppdatert i henhold til nye overordnede føringer og dagens situasjon. Det er utarbeidet ny tiltaksplan. Planperioden er derfor utvidet til 2022, med statusoppdatering i 2019 og full revisjon i 2022. Tiltak meldes til økonomiplan fra tiltaksansvarlige etter vanlige rutiner.

1.2. Forankring av revidert plan for psykisk helsearbeid 2011-2022

I K*ommuneplan 2015-2030* legges det vekt på utjamning av sosiale ulikheter og ulikheter i helse – for at vi skal være en Sunn by for *alle.* Samfunnsdelen vektlegger gode og likeverdige livsvilkår for alle innbyggere. Dette betyr at allment tilgjengelige grunntjenester av god kvalitet for alle innbyggere kombinert med tilrettelagte tilbud for at sårbare og utsatte personer skal ha like muligheter for gode livsvilkår og deltakelse i samfunnslivet. Plan for psykisk helsearbeid er en temaplan som har forankring i kommuneplanen. Planen har fokus på at barn, unge og voksne i Sandnes, som strever med, eller er i risiko for å utvikle psykiske vansker, skal leve et godt liv og ha del i samfunnets goder.

Revidert plan for psykisk helse har mange tangeringspunkt til andre tema- og kvalitetsplaner i kommunen. Dette gjelder f.eks. Plan mot barnefattigdom, Plan for inkludering og integrering, Rusmiddelpolitisk handlingsplan, Boligsosial handlingsplan, Omsorgsplanen som skal revideres i 2017, med videre.

Planen må sees i sammenheng med planer og innsatser på andre felt som dels har overlappende målgrupper eller tiltak.

1.3. Planens målgrupper

a) Befolkningen generelt i forhold til helsefremming og forebygging
b) Barn, unge og voksne i risiko for å utvikle psykiske vansker/lidelser
c) Barn, unge og voksne med begynnende psykiske vansker
d) Barn, unge og voksne med etablerte og betydelige psykiske vansker/lidelser
e) Ansatte i mange enheter i kommunen og personer med brukererfaring (gjelder kompetanseheving og fagutvikling)

1.4. Lovverk og andre statlige føringer

Folkehelseloven fra 2012 legger tydelig føring for kommunens ansvar for helsefremming:

§ 4: *Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.*

Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

I Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter presenterer regjeringen strategier for å styrke folkehelsearbeidet og legge til rette for sunne helsevalg. Psykisk helse skal integreres som en likeverdig del av folkehelsearbeidet og barn og unge har særskilt fokus.

Også Helse- og omsorgstjenesteloven (2012), Lov om sosiale tjenester i NAV (2010) og Barnevernsloven legger føringer for kommunens ansvar for gode levekår. I lovene inngår kommunens ansvar for, og rettigheter til tjenester for målgruppene. Lovene følges av rundskriv og forskrifter. Ny barnevernlov var vinteren 2017 på høring. Utvalget foreslår at kommunen får en plikt til å samordne det kommunale tjenestetilbudet til alle barn.

I henhold til Samhandlingsreformen (st.mld. 47/ 2008-2009) skal kommunene satse mer på forebygging og tidlig innsats. Samtidig som en vektlegger tidligere innsats, har kommunen gjennom samhandlingsreformens føringer fått mer ansvar for brukergrupper med mer omfattende behov. Dette synliggjøres gjennom forventninger om styrket kommunal utredningskompetanse og mer behandlingsrettede innsatser. Og videre gjennom etablering av tiltak som tilrettelegger for at brukere med mer omfattende behov skal få sin oppfølging lokalt/ kommunalt, ikke over tid i spesialisthelsetjenesten.

I 2014 ga Helsedirektoratet ut veilederen Sammen om mestring IS-2076. Veilederen er et verktøy for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Veilederen vektlegger bruker- innflytelse og perspektivene empowerment og recovery. (Dette utdypes i kapitel 7). Videre er lett tilgjengelighet, samarbeid mellom tjenester og nivåer samt tydeliggjøring av kommunens økte ansvar tydelige hovedpunkter. Veilederen benytter en tre hovedforløp med hver sine tilnærmingsmåter, tiltak og ansvar. Planen her benytter samme begreper og forløpsinndelinger i forhold til tjenester til voksne (kap 7).

Regjerningen Solbergs helsepolitikk har stort fokus på pasientens helsetjeneste. Vi skal spørre pasienten om «Hva er viktig for deg?» og tilrettelegge for målrettede innsatser. Dette legger føringer for økt og reell brukermedvirkning.

I 2007 ga Helsedirektoratet ut en veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunen (IS-1405/2007) veilederen vektlegger fem grunnleggende perspektiv:

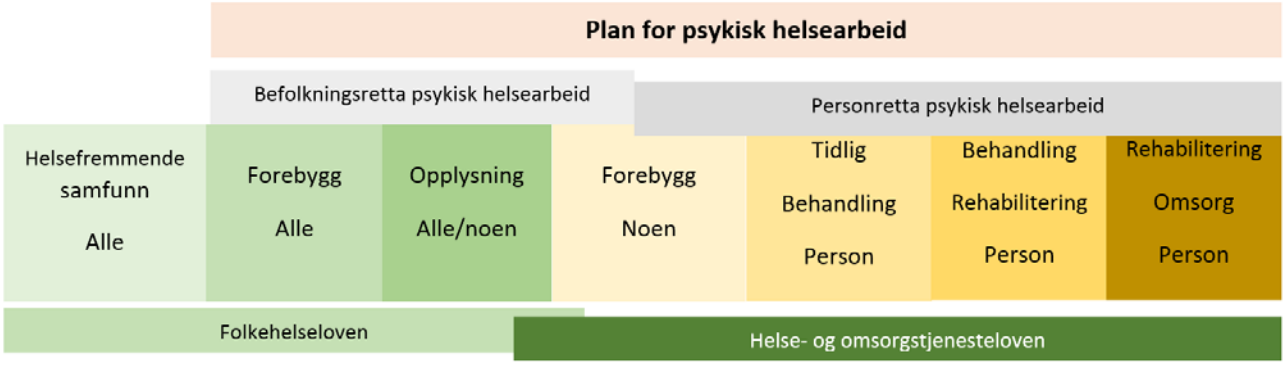
- Mestringsperspektivet
- Brukerperspektivet
- Helhetsperspektivet
- Helsefremmende- og forebyggende perspektiv
- Kunnskaps og kompetanseperspektivet

Bedre føre var – er en rapport (2011:1) utgitt av Folkehelseinstituttet som omhandler helsefremmende og forebyggende tiltak for psykisk helse. Rapporten er et godt kunnskapsgrunnlag og peker på virksomme sykdomsforebyggende og helsefremmende programmer og tiltak.

Føringer for psykisk helsearbeid til barn og unge er videre gitt i forskrift om helsestasjonstjeneste og skolehelsetjeneste og" Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten" (IS-1798/ 2010).

I 2015 ga Helsedirektoratet ut et rundskriv (IS 11/2015) om samarbeid mellom barnevern og psykisk helsetjeneste

Illustrasjonen under gir et bilde av kommunens ansvar innen psykisk helsearbeid og viser denne planens område sett i lys av lovverket:



1.5. Sentrale begrep og avklaringer

I planen skiller vi mellom helsefremmende befolknings rettede tiltak og helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i form av individrettede tiltak. Befolkningsrettede tiltak retter seg mot hele eller grupper av befolkningen. Noen tiltak i planen retter seg mot risikogrupper, for å finne enkeltpersoner som trenger individrettede tiltak.

Psykisk helse. WHO sin definisjon på god psykisk helse er:" En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet."

Psykiske vansker eller psykiske helseutfordringer benyttes når symptombelastningen i betydelig grad går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre (daglig fungering), men uten at kriteriene for psykiatriske diagnoser (psykiske lidelser) nødvendigvis er tilfredsstilt.

Psykiske lidelser kjennetegnes ved tilstander som kvalifiserer til psykiatriske diagnoser gitt etter diagnosesystemet ICD 10. Diagnoser settes av fastleger eller spesialisthelsetjenesten (det psykiske helsevernet).

I kommunalt psykisk helsearbeid er ikke diagnoser et hovedkriterie for å gi hjelp, men graden av de psykiske vanskene og hvordan personen mestrer hverdagen. I planen benytter vi derfor hovedsakelig begrepene *psykiske vansker (psykiske helseutfordringer)* eller *betydelige psykiske vansker.*

Psykisk helsearbeid er tiltak med mål om bedring av psykisk helse. Psykisk helsearbeid utøves ofte av andre enn helsepersonell og også av personer utenfor kommunale tjenester. Psykisk helsearbeid kan være tiltak innen skole, fritid, arbeid, kultur og helse. Psykisk helsearbeid kan også være opplysningsarbeid, arbeid for å utjevne sosiale ulikheter i helse og antistigmaarbeid.

Psykiske helsetjenester forstås som helsetjenester som utøves av helsepersonell med utgangspunkt i psykiske vansker / psykiske helseutforinger.

Begrepet *tidlig innsats* benyttes om innsats på individnivå. Med tidlig innsats mener vi:

- ✓ Innsats på et tidlig tidspunkt i et liv, gjerne før vansker oppstår (tidlig i alder)
- ✓ Tidlig identifikasjon av problemer (tidlig i et forløp)
- ✓ Rask inngripen når problemer oppstår eller blir avdekket

Begrepet *lavterskeltilbud* benyttes om tiltak som er *lett tilgjengelige* (for eksempel at de som ønsker hjelp kan ta direkte kontakt med tjenesteyter uten henvisning fra andre). At et tiltak er et lavterskel-tilbud sier ikke noe om hvor tidlig i et forløp hjelpen gis.

Avgrensning mot boligsosial handlingsplan.

Plan for psykisk helsearbeid omfatter oppfølging av personer med psykiske vansker uavhengig av bolig eller botilbud. Når det gjelder behov for nye boliger og botiltak for målgruppene (antall, strategier og tiltak) er dette beskrevet i boligsosial handlingsplan og følges opp gjennom handlingsprogrammet og økonomiplanarbeidet.

2. OVERORDNA STRATEGIER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Sentrale verdier for psykisk helsearbeid i Sandnes kommune:
MENING – MESTRING – DELTAKELSE

Alle har en rett til en følelse av:

Identitet og selvrespekt: Følelsen av at du er noen og at du er noe verdt.

Mening i livet: Følelsen av at du er del av noe som er større enn deg selv, at det er noen som trenger deg. Det kan være familien, venner, barnehagen, skolen, nabolaget, jobben, eller en organisasjon. Du kan også hente denne følelsen fra religion eller filosofi.

Mestring: Følelsen av at du duger til noe, at det er et eller annet du får til. Det er nesten det samme hva det er, bare det er noe.

Tilhørighet: Følelsen av at du hører til noen, at du hører hjemme et sted.

Trygghet: Følelsen av at du kan tenke, føle og utfolde deg uten å være redd. Kanskje ikke alltid, men som oftest.

Deltakelse og involvering: Følelsen av at det faktisk spiller en rolle for noen andre hva du gjør eller ikke gjør.

Fellesskap: Følelsen av at du har noen som du kan dele tanker, følelser og erfaringer med, noen som kjenner deg, som bryr seg om deg og som du vet at vil passe på en når det trengs. Du er ikke alene.

(Arne Holtes helserettigheter)

Vi vil utvikle tjenestene innen psykisk helsearbeid i tråd med behov i befolkningen i Sandnes. Dette skal skje innen befolkningsrettede tiltak, tidlig innsats/lavterskel og rettighetsfestede tjenester.

Faglig plattform

Vi vil utvikle virksomme tjenester som i størst mulig grad er forsknings- og kunnskapsbasert og i tillegg basert på brukererfaringer og erfaringsbasert kunnskap.

Vi vil vektlegge en åpen tilnærming til de som henvender seg og ber om hjelp og spørre «hva er viktig for deg?» framfor «hva feiler det deg?» - og vektlegge funksjon/ behov fremfor diagnose.

Vi vil at alle tjenester skal inkludere familie-, pårørende- og nettverksperspektivet.

Vi vil satse på tidlig innsats – og samtidig må vi sikre tjenester til de med moderate og store behov

Samarbeid og koordinering

Gjennom tverrfaglig samarbeid skal brukeren og familiens behov vektlegges. Fleksibilitet og mulighetstenkning skal prege samarbeidet mellom tjenesteyterne.

Vi vil sikre gode overganger for brukere som går fra barn til voksen og mellom tjenester.

Vi vil at tjenestemottakeren / foresatte, barn og unge og deres familie involveres i samarbeidet.

3. FOREKOMST, OMFANG OG BEHOV

3.1. Barn og unge

I følge Folkehelseinstituttet har personer med psykiske vansker i barne- og ungdomsår økt risiko for å oppleve psykiske vansker senere i livet.

Vi regner med at til enhver tid, har om lag 15-20% av barne- og ungdomsbefolkningen nedsatt funksjonsevne på grunn av psykiske plager som angst, depresjon og atferdsvansker. Omtrent 8 % har så alvorlige problem at de tilfredsstiller kriterier for psykisk lidelse.

For de fleste barn og unge er psykiske vansker forbigående men hos noen vedvarer plagene. 25 % av barna ved 18 måneders alder har betydelige plager ved 4 års-alder. Blant disse fireåringene vil 40 % fremdeles ha betydelige plager også som ti-åring. (www.fhi.no)

Unges levekår

Ungdata er en kvalitetssikret spørreundersøkelse om unges levekår som gjennomføres i ungdomsskolen og videregående skole. Kartleggingen ble sist gjennomført i 2016. Kommunen ligger på landsgjennomsnittet på de aller fleste spørsmål, men ungdom i videregående skole, særlig jenter, gir uttrykk for litt større forekomst av tristhet og ensomhet enn landsgjennomsnittet og en økning siden forrige undersøkelse. Ungdataundersøkelsen viser, både på landsbasis og for Sandnes, at særlig jenter med lav sosioøkonomisk status er overrepresentert blant de med dårlig psykisk helse.

Skolen er, sammen med hjemmet, den viktigste arenaen for å bygge godt selvbilde og god psykisk helse. Høy skoletrivsel er helt sentralt for forståelsen av ungdommers velvære. Skoletrivselen er relasjonell og den viktigste faktoren er følelsen av å passe inn blant medelevene på skolen. Som en konsekvens av dette ser vi at ungdommer som føler seg ensomme også har dårligere selvbilde og i større grad sliter med psykiske plager.

I tillegg til gode elevrelasjoner er opplevelsen av at lærerne bryr seg om elevene helt sentral. I kommuner og skoler hvor ungdommene rapporterer om svært godt selvbilde og god psykisk helse, så viser det seg at ofte at skoleledelsen og lærerne har jobbet bevisst og målrettet over tid med å lage et inkluderende skolemiljø.

I følge Bufdir (Barne- ungdom og familiedirektoratet) er forekomst av psykisk uhelse blant barn og unge i Norge slik:

- 2 av 10 i alderen 13-16 oppgir at de har vært ganske mye eller veldig mye plaget av ulike vansker siste uke
- 1 av 4 jenter på 10.trinn og i videregående opplæring har depressive symptomer
- Mellom 15-20 % av ungdom har klare symptomer på depresjon – for de fleste er dette forbigående. For andre er imidlertid symptomene av mer varig karakter. 40 % av de som hadde en diagnostiserbar psykisk lidelse som 4-åring, har dette som 12-åring (Folkehelseinstituttet)

Tall fra spesialisthelsetjenesten BUPA Sandnes (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) viser at det er en klar økning i antall henvisninger de siste 4 årene, 0-18 år. 325 barn og unge ble henvist til BUPA i 2013, mens det var 473 i 2016, dvs en økning på om lag 40 %. Henvisningene representerer om lag 2,4 % av innbyggerne i denne aldersgruppen.

Regionen opplever økt arbeidsledighet. Tall fra NAV viser at andelen og antallet sosialhjelpsmottakere som har forsørgeransvar for barn under 18 år har økt med 37 % i perioden 2014 -2016, og at andelen er høyere

enn andre kommuner en sammenligner seg med. Det er sammenheng mellom fattigdom og økt risiko for psykiske vansker.

3.2. Voksne

Tall fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse i 2008 viser at om lag 8-10 prosent av den voksne befolkningen i Norge har betydelige psykiske plager.

Norske og internasjonale studier viser at 30-50 prosent av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet.

- 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.

Halvparten av de som får en psykisk diagnose oppfyller diagnosekriteriene for to psykiske lidelser samtidig. Det er ulikheter mellom kjønn og de ulike diagnosegruppene.

Forekomsten av depresjon og angstlidelser er dobbelt så høy hos kvinner sammenlignet med menn, mens ruslidelser og schizofreni er hyppigere hos menn.

De fleste psykiske lidelser debuterer i ung voksen alder. Angstlidelser starter ofte i tenårene, ruslidelser mellom 20 og 30 år og stemningslidelser mellom 30 og 40 års alder.

På folkehelseinstituttets folkehelseprofil framgår psykiske symptomer og lidelser i primærhelsetjenesten 15-29 år. Her ligger Sandnes kommune (147 per 1000) noe høyere enn i fylket (136 per 1000) og landet for øvrig (146 per 1000). På legemiddelbruk mot psykiske lidelser ligger kommunen så vidt over snittet. (FHI)

Ny, stor norsk studie[13] viser klar sammenheng mellom bruk av antidepressiva/ beroligende/ sovemedisin og arbeidsledighet. Følger av studiene kan være å tilby lavterskel psykisk helsehjelp tidlig i ledighetsprosessen

Brukerplan – Kartlegging av brukere av psykisk helsetjenester i Sandnes

I Sandnes ble det kartlagt 531 brukere av psykisk helsetjenester i Mestringsenheten gjennom Brukerplankartlegging 2016. Denne kartleggingen gir en oversikt på kjente brukeres situasjon på flere livsområder, hvilke tjenester de har i dag og vil etterspørre i framtiden, og samhandlingen rundt dem.

Det som kartlegges er bakgrunnsfaktorer som kjønn, alder, barn, utdanning, arbeidssituasjon. Videre kartlegges funksjon på livsområdene rusbruk, økonomi, bolig, fysisk og psykisk helse, sosial adferd, nettverk, arbeid/ aktivitet. Dette scores etter en vurderingsskala der grønt er bra, gult er en del vansker, rødt er store utfordringer. Dersom en scorer rødt på flere variabler kan en komme ut med samlet blodrød score, som betyr store sammensatte vansker med stort hjelpebehov.

Brukerplan psykisk helse

Av de kartlagte som har psykiske vansker uten rusmisbruk er 86 % norske, og 11 % fra land utenom Vest-Europa. 40 % menn og 60 % kvinner. 19 % er mellom 16-23 år. 14,5 % er mer enn 60 år. 97 % har en bra bolig. Om lag 200 brukere (36 %) har liten grad av aktivitet og arbeidstilknytning.

Det store flertallet (81%) har en psykisk helse som vurderes «gul», det vil si at de har kortvarige alvorlige vansker eller langvarige mildere vansker, mens resterende fordeler seg med 11,5 % som har en alvorlig og

langvarig psykisk helsetilstand og 7,5 % som har milde og kortvarige vansker. Over 60 % har arbeidserfaring i mer enn 12 mnd. og ca. 40 % er i arbeid eller studerer på kartleggingspunktet. Nær 400 brukere lever av midlertidige (144) og varige trygdeytelser (244). Kun 28 lever av økonomisk sosialhjelp.

Tall fra siste årsrapport fra mestringsenheten viser denne utviklingen av antall brukere av individuelle psykiske helsetjenester (lavterskeltjenester og åpne aktivitetstilbud er ikke med)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Antall brukere av individuelle psykiske helsetjenester	438	397	357	365	482	519

Lavterskeltiltaket rask psykisk helsehjelp har siden oppstart september 2014 og ut 2016 gitt individuell behandling til 310 personer og 396 personer har deltatt på kurset «Tankens kraft»

Brukerplan- ROP (samtidig rus og psykisk lidelse)

Begrepet ROP-lidelse benyttes om personer med samtidig ruslidelse og psykiske vansker. Personer med ROP-lidelse benytter ofte rusmidler på en ødeleggende måte og de faller lett utenfor behandlingstiltak. Jamfør Brukerplankartlegging 2016 ytes det kommunale tjenester til 57 personer definert som ROP-pasienter, det vi si brukere med store sammensatte vansker med rus og psykisk lidelse.

Det er tydelig sammenheng mellom ROP og omfattende sammensatt problematikk. I ROP-gruppen er 56 % røde og 44 % blodrøde på en samlet funksjonsvurdering. Å score rødt eller blodrødt på funksjonsvurderingene betyr at personer har svært omfattende vansker. For de med rus uten alvorlig psykisk lidelse er 34 % røde og ingen blodrøde. Dette viser at ROP-gruppen har behov for omfattende hjelp på flere livsområder.

Det er prosentvis flere i ROP-gruppa som har oppfølgingsplaner og ansvarsgrupper, men færre har individuell plan. 25 % av ROP-pasientene har verken individuell plan eller ansvarsgruppe, mot 34 % av alle brukere med rusutfordringer. ROP-pasienter er en gruppe som i stor grad har behov for koordinert hjelp.

Oppsummering av situasjonsbildet:

De kildene en har for å se på forekomst i Sandnes viser at situasjonen i liten grad skiller seg fra andre kommuner. Likevel ses:

- At 15-20 % av alle barn og unge sliter med psykiske helseplager. Dette betyr anslagsvis 3000 barn i Sandnes er i en slik situasjon at de trenger å bli sett i forhold til sin psykiske helse.
- At det er noe økt grad av psykiske vansker blant unge. Jenter med lav sosioøkonomisk status er særlig utsatt.
- At økt arbeidsledighet kan medføre økte sosiale forskjeller og økt risiko for å utvikle psykiske vansker. Dette gjelder både de voksne som opplever arbeidsledighet og barn i familier som har lav inntekt.
- Ut fra nasjonal forskning kan en anta at 1 av 8 barn er i risiko for selv å utvikle psykiske vansker fordi mor eller far har psykiske vansker
- At 8-10 % av voksenbefolkningen sliter med psykiske vansker, dvs anslagsvis 5000 personer i Sandnes.
- At det er størst omfang moderate vansker hos voksne som mottar tjenester, men at en liten gruppe har svært omfattende hjelpebehov
- At en bør sikre individuell plan og koordinerte tjenester til de med størst behov
- At det er mange voksne med psykiske vansker som står utenfor arbeid og aktivitet

Innretningen av tjenester må gjenspeile de behovene og utfordringene kommunen står i.

3.3. Tiltak

1. Kommunen vil utarbeide en bedre oversikt over hvor mange barn, unge og voksne som får hjelp fra psykisk helsearbeid i kommunen

4. BEFOLKNINGSRETTET HELSEFREMMENDE OG SYKDOMSFOREBYGGENDE ARBEID

I dette kapittelet gis en beskrivelse av de samfunnsforhold som påvirker psykisk helse, trivsel og livskvalitet. Det gjøres en beskrivelse av status på både beskyttende faktorer og risikofaktorer i Sandnes ut fra tilgjengelig data. Det gjøres også rede for hva Sandnes har av allment tilgjengelige og befolkningsretta tiltak som har en positiv effekt på psykisk helse. Avslutningsvis kommer en anbefaling om utvalgte tiltak som bør prioriteres i planperioden for å støtte opp om innbyggernes psykiske helse.

4.1. Hva er befolkningsrettet arbeid, og hvorfor er det viktig?

Alle har en psykisk helse. Det handler om hvordan du har det med deg selv og hvordan du reagerer når ting er vanskeligere enn vanlig. Omtrent halvparten av oss vil oppleve psykiske problemer i løpet av livet. Mange ganger hjelper det å snakke med sine nærmeste om det man sliter med. Men noen ganger trenger man mer profesjonell hjelp.

Familie, venner, hjem, skole, arbeid og trygg økonomi er avgjørende for god psykisk helse. Dermed handler ikke psykisk helse kun om individuelle forhold, men også samfunnsforhold.

Befolkningsrettet arbeid er tiltak og tjenester som retter seg mot hele befolkningen eller hele undergrupper av befolkningen (eks alle barn/unge/voksne/eldre). Gode tiltak og tjenester som er tilgjengelig for *alle* virker også ofte best for de som trenger det *mest*. For befolkningen er dermed tilgjengelighet og kvalitet i blant annet helsestasjoner, barnehager, skole og aktivitetstilbud for eldre tilbud av stor betydning. Det oppleves mindre stigmatiserende å gjøre som *alle andre.* Tiltak rettet mot alle bidrar ofte til å forebygge at folk ekskluderes. Samtidig vil særlig utsatte grupper i befolkningen ha behov for tilpassede tiltak og tjenester i tillegg. Derfor er målrettede tiltak mot risikogrupper viktig, og dette beskrives nærmere i kapitlene 5, 6 og 7.

Sentrale føringer (jf. kap1.5) vektlegger at befolkningsrettet arbeid innen psykisk helse i større grad må sees i sammenheng med øvrig folkehelsearbeid. Altså må psykisk helse sees i sammenheng med samfunnets samlede innsats for å fremme befolkningens helse og trivsel, forebygge psykisk og somatisk sykdom og beskytte mot helsetrusler.

Eksempelvis lanseres Nasjonalt program for folkehelsearbeid i kommunene (starter i løpet av 2017). Formålet med programmet er å bidra til en langsiktig styrking av kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og trivsel. Programmet skal rettes inn mot psykisk helse og rusforebyggende arbeid. Barn og unge er en prioritert målgruppe. Det skal legges vekt på tiltak som styrker barn og ungdoms ressurser, bidrar til innenforskap gjennom deltakelse, mestring og trivsel i lokalsamfunnet. Folkehelseprogrammet skal bidra til at kommunene kan utvikle tiltak, arbeidsmåter, metoder og verktøy finansiert gjennom en tilskuddsordning.

4.2. Hva påvirker psykisk helse, trivsel og livskvalitet?

De viktigste arenaene for å fremme psykisk helse og forebygge psykiske lidelser er utenfor helsetjenestene. Dette er for eksempel i lokalsamfunnet, arbeidslivet, barnehager og skoler. Helsefremming er oftest

tilrettelegging for å øke livskvalitet og trivsel. Mens sykdomsforebyggende arbeid har som mål å redusere risikofaktorer hos personen selv og i miljøet. Det er faktorer som virker inn på den psykiske helsen ved å øke (risikofaktorer) eller redusere (beskyttelsesfaktorer) forekomsten av sykdom og vansker. Disse faktorene (også kalt *determinanter*) knyttes til individuelle forhold f. eks personlighet eller til miljøet f. eks generelle levekår, miljømessige belastninger, grad av sosial inkludering osv. Ofte er det samspillet mellom individuelle og miljørelaterte faktorer som har betydning for den psykiske helsen.

Figuren nedenfor gir oversikt over hva det er som påvirker psykisk helse, såkalte *påvirkningsfaktorer*, i form av beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer. Figuren lister opp påvirkningsfaktorer som både er miljørelaterte (samfunns- og gruppenivå) og individrelaterte (se venstre kolonne).

Figur 1 Beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer hentet fra Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger (fhi.no).

BESKYTTELSESFAKTORER OG RISIKOFAKTORER			
Miljørelaterte faktorer	**Nivå**	**Beskyttelsesfaktorer**	**Risikofaktorer**
	Samfunn	Sosial kapital (samfunn som er preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold)	Sosial ulikhet Ikke fullført skolegang Arbeidsledighet Marginalisering og dårlig integrering av innvandrere og flyktninger
	Lokal-samfunn Nærmiljø Bomiljø Arbeidsmiljø Barnehage Skole	Sosial integrasjon Mulighet for utfoldelse, bruk av egne evner og kontroll over egen livssituasjon	Ressursfattige lokalsamfunn med lite sosial samhandling Bomiljøer med ustabil befolkning og liten grad av sosial integrasjon Mobbing og andre forhold som øker sosial isolasjon og marginalisering Dårlig læringsmiljø i barnehage og skole Belastede arbeidsmiljø
	Gruppe, sosialt nettverk/familie, venner, naboer og andre relasjoner	Sosial støtte Aktivisering	Sosial isolasjon, lite støttende sosialt nettverk Kroniske belastninger og negative livshendelser, konflikter Overgrep, mishandling

Individrelaterte faktorer	Individuelle mestringsressurser Positive temperamentstrekk	Lav selvfølelse, manglende opplevelser av kontroll over egen livssituasjon og manglende evne til mestring Sårbar personlighet Helsefarlig livsstil Somatisk sykdom og medfødte funksjonshemminger

4.3. Situasjonsbildet i Sandnes

I dette avsnittet belyses miljøfaktorer som påvirker den psykiske helsen og hvordan kommunen kan bidra til bedre mestringsbetingelser og gode levekår for hele befolkningen. Beskrivelser/konsekvenser av miljøfaktorene er hentet fra Folkehelseinstituttets publikasjon *Bedre føre var – Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger.* Unntak er oppgitt med egne kildehenvisninger. Situasjonsbildet vises gjennom ulike statistiske indikatorer med tall på kommunenivå der det er tilgjengelig, og må forståes som eksempler - *ikke* et fullstendig bilde av situasjonen.

Beskyttelsesfaktorer

Sosial kapital refererer til grad av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold mellom innbyggerne i et samfunn. Flere undersøkelser finner mindre helseproblemer, både psykiske og somatiske, i samfunn som er preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold. Gjennom barndommen er gode foreldreferdigheter og en trygg tilknytning til omsorgspersoner av betydning for senere psykiske helse. (FHI-rapport 1:2011)

Deltakelse. Ungdata undersøkelsen 2016 viser at 67 prosent av de spurte var med i en fritidsorganisasjon. Dette er signifikant bedre enn landet som helhet (65 prosent). Men ved sammenligning med kommuner av tilsvarende størrelse viser en kartlegging at færre Sandnes- innbyggere deltar i idrettslag enn andre ASSS-kommuner[1].

Både *barnehagen og skolen* er viktige arenaer for læring, for å etablere sosiale relasjoner, og for utvikling av selvfølelse og selvtillit. Dette er igjen grunnleggende forutsetninger for motivasjon, opplevelse av mestring og troen på egne evner til å gjennomføre en utdanning[2].

Barnehagedeltakelse har betydning for barns utvikling og barns sosio-emosjonelle utvikling og videre læring. Tall hentet fra KOSTRA 2015 viser at Sandnes har noe lavere andel barn med barnehageplass (87,8) enn fylket (89 prosent) og landet (90,1 prosent)[3]. Både norsk og internasjonal forskning viser at for sårbare barn utgjør barnehagedeltakelse en positiv betydning for læring og utvikling på sikt. (Sammenhenger mellom barnehagekvalitet og barns fungering, MoBa undersøkelsen)

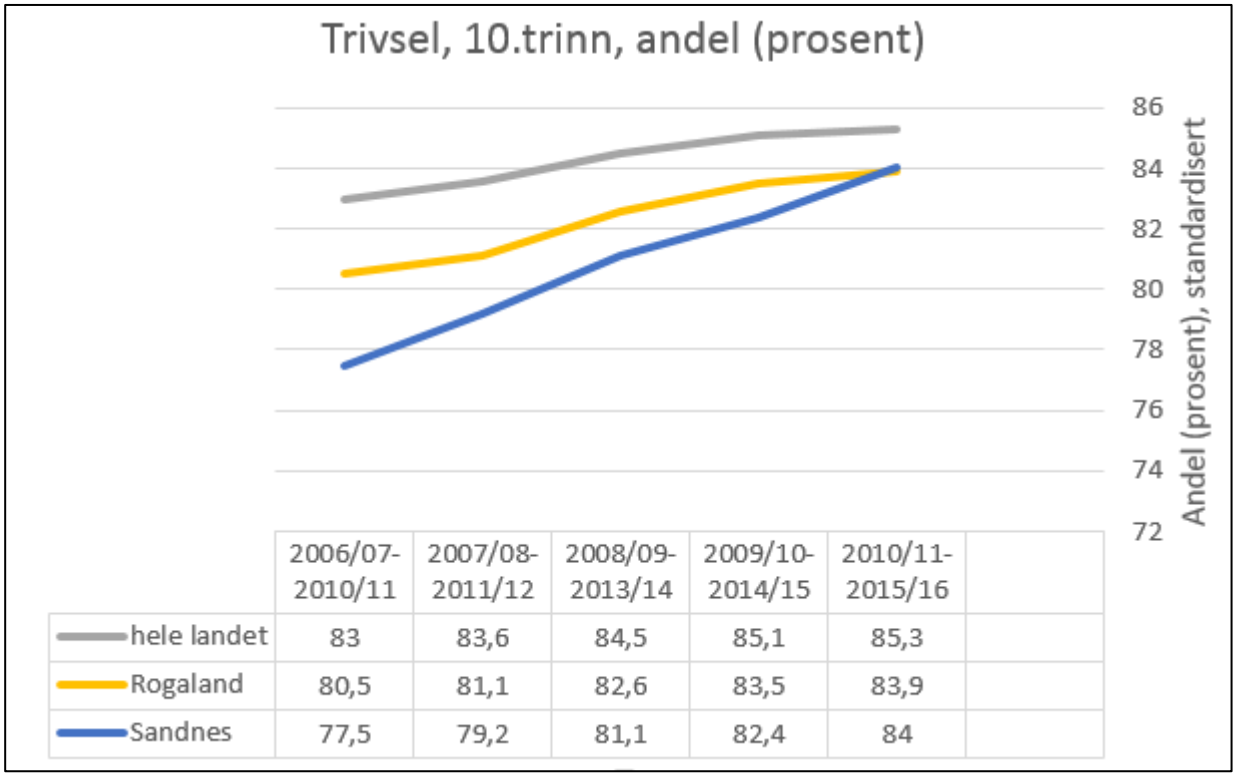
---

[1] Norsk Idrettsindeks 2015 – Resultater for ASSS-kommunene, Telemarksforskning
[2] Folkehelsepolitisk rapport 2015, www.fhi.no
[3] For flere indikatorer for kvalitet i barnehagen se Folkehelsen i Sandnes. Helsetilstand og påvirkningsfaktorer

For å få et bilde av kvaliteten i skolen må man både vite noe om det psykososiale miljøet, den faglige utviklingen hos elevene og hvor mange som gjennomfører videregående opplæring.

Trivsel i skolen i måles årlig i Elevundersøkelsen. Figuren under viser utviklingen i Sandnes siden 2006 sammenlignet med fylket og landet.

Figur 2 Trivsel 10.klasse, kartlagt i elevundersøkelsen. Hentet fra kommunehelsa statistikkbank (www.khs.fhi.no)



	2006/07-2010/11	2007/08-2011/12	2008/09-2013/14	2009/10-2014/15	2010/11-2015/16
hele landet	83	83,6	84,5	85,1	85,3
Rogaland	80,5	81,1	82,6	83,5	83,9
Sandnes	77,5	79,2	81,1	82,4	84

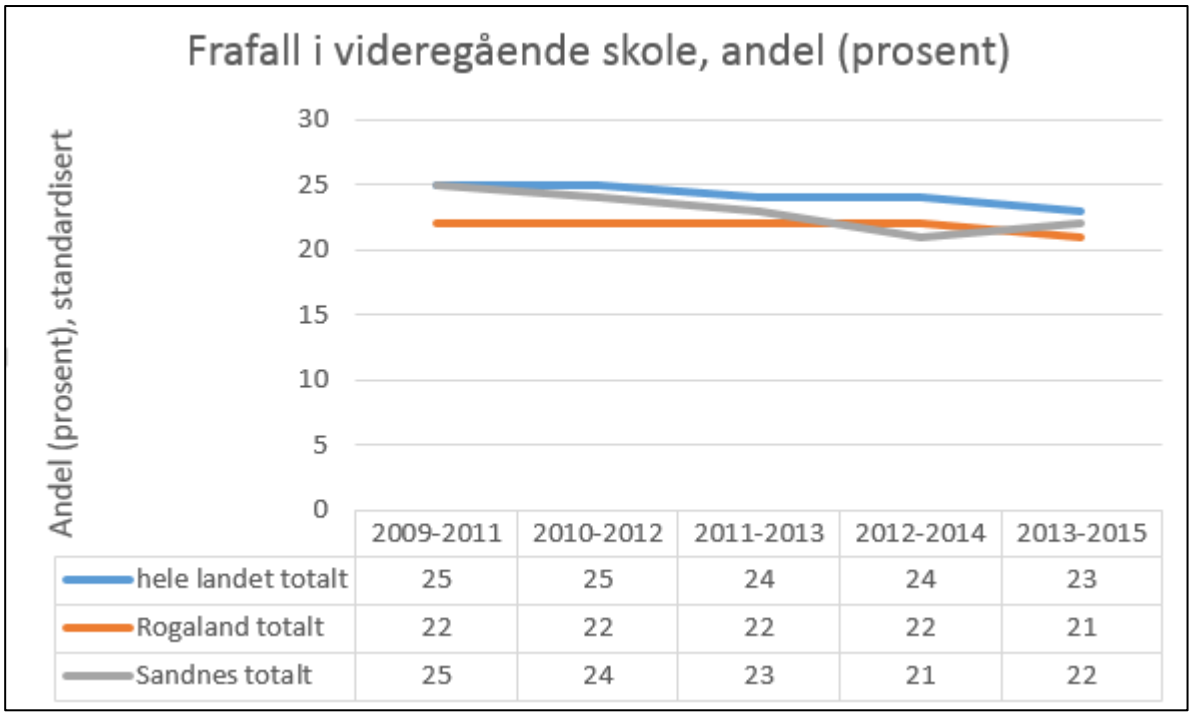
Figuren viser resultatene fra elevundersøkelsen hvor det er en jevn forbedring i elevenes trivsel de siste 10 årene. I dag er nivået på trivsel blant elever på 10.trinn i Sandnes tilsvarende gjennomsnittet på fylkes- og landsnivå. Dette er en svært positiv utvikling.

For å kunne gjøre en overordnet vurdering av den faglige utviklingen hos elevene er det vanlig å se på resultater på laveste mestringsnivå i lesing og regning i 5.trinn. Resultatene fra Sandnes i 2015 viser at skolene ligger på landsgjennomsnitt på lesing og noe bedre enn landsgjennomsnitt i regning[4].

Frafall i videregående skole reduserer mulighetene i arbeidsmarkedet og øker risikoen for uføretrygd og dårligere levekår og helse.

[4] For resultater se Kommunehelsa statistikkbank www.khs.fhi.no .

Figur 3 Frafall videregående skole hentet fra Kommunehelsa statistikkbank (www.khs.fhi.no)



	2009-2011	2010-2012	2011-2013	2012-2014	2013-2015
hele landet totalt	25	25	24	24	23
Rogaland totalt	22	22	22	22	21
Sandnes totalt	25	24	23	21	22

Sandnes har et frafall på 22% (21% i Rogaland og 23% i landet). Tendensen over tid (fra 25% i 2009 til 22% i 2013) viser at utviklingen i Sandnes går i riktig retning. (Endringen på 1% det siste året kan ikke sies å være vesentlig – en eventuell endring i utviklingen må sees over lengre tid). Samtidig har betydningen av videregående opplæring og konsekvenser av frafallet blitt mer aktuelt i Sandnes som følge av utfordringene i arbeidsmarkedet.

Risikofaktorer

Sosial ulikhet i form av blant annet kortvarig utdanning, og lav inntekt er knyttet til dårlig psykisk helse. Sosial ulikhet gir utslag i helse og går statistisk ofte i arv. Eksempelvis kan foreldes psykiske vansker være en risikofaktor for utvikling av egne vansker. I følge Folkehelseinstituttet vokser ett av 8 barn opp med en forelder som selv har utfordringer i forhold til psykisk helse.

Utdanningsnivået i Sandnes målt i antall i alderen 30-39 år ligger omtrent på landsnivå[5].

Andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt er lavere enn i landet som helhet (7,5 prosent sammenlignet med 12 prosent for hele landet[6]). Samtidig tilhører Sandnes en region med gjennomgående høy inntekt og høyt kostnadsnivå. Andelen med reel lavinntekt er dermed høyere enn tallene viser. Økonomisk ulikhet[7] er tilnærmet likt nivået nasjonalt. Nyeste publiserte tall for begge disse indikatorene er fra 2014, og fanger ikke opp endringene i arbeidslivet i regionen de seneste årene.

---

[5] Tall hentet fra Folkehelseprofil for Sandnes 2017 www.khp.fhi.no
[6] Lav inntekt defineres her som under 60 prosent av nasjonal medianinntekt.
[7] Økonomisk ulikhet målt i forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den personen som befinner seg på 10-prosentilen (p90/p10) er målt til 2,8.

Deltakelse i arbeidslivet henger sammen med god helse. Gjennom arbeidsdeltakelse inngår man i et sosialt fellesskap og arbeidsoppgavene kan være kilde til mening, mestring og personlig utvikling. Den psykiske helsen kan dermed forverres av å være uten arbeid. Store deler av næringslivet i regionen er i endring som følge av konjunkturnedgang i oljenæringen. Pr jan 2017 var 2395 personer i Sandnes helt uten arbeid. Dette utgjorde 5,7 prosent av arbeidsstyrken i Sandnes (3,2 prosent ledige på landsbasis). [8]

Innvandring og multietnisitet Den viktigste sosiale risikofaktoren knyttet til psykisk helse for innvandrere etter ankomsten til Norge er manglende arbeid, og i mindre grad økonomiske problemer. I tillegg til risiko knyttet til migrasjon, omfatter psykososiale risikofaktorer også manglende deltakelse, sosial støtte, og integrasjon i det norske samfunn, opplevelse av diskriminering - bl.a. på boligmarkedet - samt en generell opplevelse av maktesløshet.

Både flyktninger og arbeidsinnvandrere er særlig sårbare grupper, ytterligere forsterket av et svakt arbeidsmarked. Inkludering i arbeidsmarkedet er en utfordring ved konjunkturnedgang.

Belastninger knyttet til bomiljø. Det kan se ut til å være en sammenheng mellom manglende sosial integrasjon og psykisk helse. Risikofaktorer som kan spille inn er stor grad av inn- og utflytting, skjev aldersfordeling og mangelfulle kollektive ressurser - som små muligheter for rekreasjon og få sosiale møteplasser.

Levekårskartleggingen i Sandnes viser at det er lite opphoping av levekårsutfordringer. Samtidig har noen levekårssoner en svært høy andel av befolkningen som flytter ut av sonen i løpet av et år. Eksempelvis er andelen som årlig flytter i hver av levekårssonene Sentrum øst og Langgata nesten 25 prosent[9]. Det er å forvente at flytting fra et sentrumsområde er høyt. Samtidig medfører en slik utskifting av beboere en del utfordringer når det gjelder etablering av sosiale nettverk og nærmiljøets evne til å mobilisere ressurser.

Sosial støtte dreier seg om omfang og kvalitet på nære relasjoner. Opplevelse av ensomhet kan også indikere grad av sosial støtte. For barn og unge anser vi den emosjonelle sosiale støtten som mest sentral; nære vennskap, og fravær av mobbing er viktige betingelser for god helse og trivsel i barn - og ungdomsårene. Ungdata undersøkelsen 2016 blant ungdomsskoleelever i Sandnes viser at 90,5 prosent av de spurte oppgav at de hadde minst én fortrolig venn. Andelen er ikke entydig forskjellig fra landsnivå. Eldre kan oppleve redusert sosial støtte og økt sårbarhet for depresjon. Møteplasser og tilrettelegging av sosial tilhørighet kan beskytte mot negativ utvikling av den psykiske helsen i alderdommen.

4.4. Hovedutfordringer

Sandnes har en rekke beskyttelsesfaktorer som har en positiv effekt på psykisk helse. Sandnes kjennetegnes heller ikke av risikofaktorer i større grad enn lands- eller fylkessnitt. Samtidig er det forhold knyttet til befolkningssammensetning og samfunnsutvikling som bør sees i sammenheng med innbyggernes psykiske helse. Det er vanskelig å peke på enkeltfaktorer, men på bakgrunn av situasjonsbildet slik det er beskrevet i forrige delkapittel, trekkes følgende fram som områder med behov for særlig oppmerksomhet (ikke prioritert rekkefølge):

- Økende arbeidsledighet
  Gjennom arbeidsdeltakelse inngår man i et sosialt fellesskap og arbeidsoppgavene kan være kilde til mening, mestring og personlig utvikling. Arbeidsdeltakelse gir også ressurser (inntekt) som gjør

[8] Tall hentet fra NAV «Hovedtall om arbeidsmarkedet».
[9] Levekårskartlegging i Sandnes 2015, Kart 9: Indikator 6 - Utflytting

oss i stand til å leve selvstendige liv med gode forutsetninger for deltakelse. Endringene i lokalt arbeidsmarked siden 2014 gir grunn til å forvente økning i antall personer som oppsøker psykisk helsetjenester. Endringer i arbeidsmarkedet vil også ha økte konsekvenser for unge som ikke gjennomfører utdanning.

- Økende sosiale forskjeller
  Sammenhengen mellom utdanning, inntekt og helse, gjelder også for psykisk helse. Resultater fra Ungdata 2016 bekrefter en tydelig sammenhengen mellom sosioøkonomisk bakgrunn og depressivt stemningsleie blant unge i Sandnes[10]. Lave sosioøkonomiske ressurser påvirker også trivsel på skolen, mobbing og aktiv fritid, som alle er av betydning for psykisk helse. Med økte sosiale forskjeller blir belastningen for risikogrupper større, også når det gjelder psykisk helse.

- Frivillig sektor og arenaer for deltakelse
  Opplevelser og aktivitet i fritiden har betydning for livskvaliteten ved at det blant annet kan gi mestringsfølelse, opplevelse av tilhørighet og å kunne bidra i lokalsamfunnet. Frivillige lag og foreninger er arenaer for medvirkning og en ressurs for å inkludere ulike grupper i aktiviteter som gir sosial kontakt og nettverk. Disse organisasjonene kan nå mennesker som det offentlige ofte ikke når. Kombinasjonen av høy befolkningsvekst over tid i Sandnes og en nasjonal utvikling hvor organisasjonsliv i større grad forbeholdes ressurssterke personer gjør at det er mange innbyggere som skal finne sine arenaer for deltakelse.

4.5. Befolkningsrettede tiltak- eksisterende ressurser

Tiltak som er tilgjengelig for alle er viktig da den største effekten på totaltallene i befolkningen oppnås ved universelle strategier – altså tiltak som treffer bredt. Påvirkningsfaktorer som har innvirkning på befolkningens psykiske helse påvirker også andre aspekter av folks liv (helse, trivsel, sosiale forhold), Dermed er også andre temaplaner i Sandnes kommune relevante med tanke på befolkningsretta tiltak. Dette gjelder eksempelvis Kvalitetsplan for barnehagene i Sandnes, Kvalitetsplan for Sandnesskolen og Skolehelseplan, men også Barnefattigdomsplan og Plan for inkludering og integrering og Omsorgsplanen.

Helsestasjon, barnehage og skole er sentrale arenaer for å bidra til god utvikling og god psykisk helse og er grunnpilarer i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid for god psykisk helse.

Fokus på helse, trivsel og miljø for alle innbyggere i Sandnes kommune utgjør en betydelig beskyttelsesfaktor på befolkningsnivå. I tillegg innebærer prioritering av tidlig innsats i blant annet helsestasjoner, barnehager og skoler at barn og familier skal få tidlig og forebyggende hjelp etter behov.

Under følger en oppsummering av eksisterende sentrale befolkningsrettede tiltak:

Helsestasjonstjenester, inkludert jordmortjenesten og skolehelsetjeneste når alle barn og unge og er sentrale i det befolkningsrettede, helsefremmende og forebyggende arbeidet. Disse tjenestene har stort fokus på psykisk helse. Screening, informasjonsarbeid og jevnlige kontroller av alle mødre i svangerskapet og etter fødsel er forebyggende og fanger samtidig opp mødre/barn/unge i risiko for psykiske vansker.

[10] Sett inn referanse til Ungdata 2016 her.

Helsestasjonstjenester har i perioden 2014 til 2017 blitt styrket med 12 årsverk i tråd med regjeringens føringer og prioritering av arbeidet.

Barnehager med høy kvalitet er et viktig psykisk helsefremmende tiltak for befolkningen, og forebyggende tiltak for risikogrupper. Kvalitet i samspill mellom voksne og barn er en av de viktigste faktorene for barnehagekvalitet. Dette er en tydelig satsing i programmet for den utviklingsstøttende barnehagen i Sandnes. (Link til statusrapport januar 2017.) Denne satsingen gjennomføres i regi av kommunaldirektør i samarbeid med Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP). Tidlig innsats og de ansattes ivaretakelse av enkeltbarn er prioriterte områder for programmet.

Tilsvarende gir kvalitet i **skolen** et godt utgangspunkt for godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel, mestring og læring for elevene. Kvalitetsplan for Sandnesskolen med visjonen «Alle elevene er våre» er i tråd med dette. Dette innebærer at hver enkelt elevs opplevelser skal tas på alvor og at absolutt alle elever skal kunne trives og lære. Elever skal ha gode relasjoner til sine lærere. Læreren skal skape gode relasjoner til sine elever, skape mestringsmuligheter, gi støtte og skape et inkluderende klassemiljø.

Allmenne og lavterskel arenaer for deltakelse gir muligheter for deltakelse uavhengig av sosioøkonomisk bakgrunn. Eksempler på dette er åpen hall, bibliotek, kommunale fritidstilbud, eldresentre og kommunale bydelshus. Dette gjelder for alle og i hele livsløpet.

SLT-arbeidet i kommunen med tilhørende samarbeidsfora må også sees som en del av det forebyggende arbeidet innen psykisk helse. Arbeidet omfatter rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak rettet mot barn og unge i alderen 12-23 år.

Frivillighet og organisasjonsliv skaper arenaer for sosial aktivitet, utfoldelse og dyrking av personlige interesser. Å støtte og tilrettelegge for at frivillige sektor skal ha gode rammevilkår bidrar til at også det sivile samfunn fungerer som et befolkningsrettet tiltak innen psykisk helsearbeid. Sandnes har et rikt organisasjonsliv, og kommunen tilrettelegger blant annet gjennom tilskuddsordninger, fordeling av treningstid i idrettshaller og koordinering av frivillige.

Folkeopplysning om psykisk helse er viktig for å alminneliggjøre psykisk-helsetema. Dette gjelder både i et antistigma og holdningsskapende perspektiv, men også for å styrke den enkeltes kunnskap om psykisk helse og hva du selv kan gjøre for å styrke egen psykisk helse. I Sandnes har man tradisjon for arrangement i forbindelse med verdensdagen for psykisk helse, 10.oktober. Bruk av nettsider og sosiale medier er aktuelle verktøy og kommunikasjonskanaler for formidling om psykisk helse.

4.6. Anbefalte befolkningsrettede tiltak

Videreføre kvalitet i grunntjenestene
Eksempelvis:

1. Kvalitetssikre barnehageansattes samspill med barnehagebarn. Ansvar: Fagstab barn og Unge
2. Øke barnehagedeltakelse på eller over landsgjennomsnittet. Ansvar: Fagstab Barn og Unge
3. Følge opp egne planer mot mobbing i tråd med barnehagens rammeplan. Ansvar: Barnehagene
4. Styrking av helsestasjonstjenester i tråd med statlige føringer. Ansvar: Helsestasjonstjenester
5. Kvalitetssikre skolens arbeid i forhold til elevenes rett til et trygt og godt skolemiljø, jfr. Opplæringsloven kap 9 a.

Styrke tilknytning til arbeidsliv
Eksempelvis:

1. Videre satsing på oppfølging av unge arbeidsledige. Ansvar: NAV
2. Kommunen har satsing i forhold til ansattes psykiske helse, og vil vurdere videre tiltak i planperioden. Ansvar: Organisasjon
3. For å forebygge konsekvenser av arbeidsledighet ser kommunen på muligheter for økt antall kommunale praksisplasser for arbeidssøkere. Ansvar: organisasjon

Muligheter for deltakelse og aktiv fritid
Eksempelvis:

1. Videreutvikle kommunens frivillighetspolitikk. Kartlegging av frivillig sektor i Sandnes utføres våren 2017 med folkehelsetilskudd fra Rogaland fylkeskommune.
2. Fortsatt stimulering av organisasjonsliv gjennom tilskuddsordninger, tilrettelegging av lokaler og utstyr, og dialog. Ansvar: Kultur og Park, Idrett, Vei.
3. Fortsatt tilby gratis fritidstilbud, aktiviteter i skoleferier og det gis tilgang til gratis eller rimelige lokaler eller utstyr for barn og unge. Ansvar: Kultur
4. I tråd med Barnefattigdomsplanen sørge for tilbud som er åpne for alle, som i utgangspunktet planlegges for hele befolkningen, og som ikke forutsetter økonomisk kapital.

Økt opplysning om psykisk helse
Eksempelvis:

1. Videreføre tiltak knyttet til Verdensdagen for psykisk helse (10.oktober). Ansvar: Rådmann v/SLT-koordinator.
2. Inkludere og videreutvikle informasjon om psykisk helse på kommunens nettsider, inkluder innhold fra nettsiden «Mitt barn – for foreldre til barn og unge som trenger litt ekstra». Ansvar: Levekår og Oppvekst Barn og Unge.
3. Prioritere antistigmaarbeid som eksempelvis informasjonsarbeid i nærmiljø i forbindelse med Boligsosial handlingsplan. Ansvar: Alle

5. PSYKISK HELSE 0-100 ÅR- SAMARBEID OM TJENESTEUTVIKLING

5.1. Innledning.

Dette kapittelet beskriver faglig tenkning som bør prege psykisk helsearbeid, behov for samlet utvikling av psykiske helsetjenester og samarbeid på tvers av enheter og tjenesteområder. Barn, unge og voksne som trenger hjelp skal oppleve sammenheng mellom tjenestene og de skal vite hvor de skal finne riktig hjelp.

Alle tjenester som møter personer som har psykiske helseutfordringer skal ha en holdning som er styrt av familieperspektivet. For å utvikle dette må barn, unge, familier, voksne, brukere, pårørende inviteres til å delta i utvikling av tjenestene. Og ansatte må ha noen felles arenaer for kulturbygning, kompetansebygging og praksisutforming.

I kapitel 6 beskrives innsats på 3 nivå i forhold til barn og unge (i risiko, begynnende vansker, betydelige vansker). I kapitel 7 beskrives innsats innen 3 hovedforløp for voksne (mild, moderat, alvorlige vansker). Kaller vi befolkningsretta tiltak for innsats på nivå 0, kan vi lage denne oversikten for å tydeliggjøre hvor hovedansvaret ligger. Å ha et hovedansvar innebærer ansvar både for tjenestegiving og tjenesteutvikling. Å ha et hovedansvar innebærer også å samarbeide med andre, samt rapportere status og behov til kommunaldirektør.

<table>
<tr><th colspan="6">PSYKISK HELSE 0-100</th></tr>
<tr><td>BARN/UNGE</td><td>Nivå 0</td><td>Nivå 1
Risiko</td><td>Nivå 2
Begynnende</td><td>Nivå 3
Betydelige</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>HOVEDANSVAR</td><td>Oppvekst barn/unge Oppvekst skole</td><td>Alle enheter i oppvekst barn og unge og skole</td><td colspan="2">Barne- og familieenheten
(For noen tiltak er Samordningsenheten bestiller og BFE utfører)</td></tr>
<tr><td>VOKSNE</td><td></td><td></td><td>Forløp 1
Mild/kortvarig</td><td>Forløp 2
Moderat/lengre</td><td>Forløp 3
Alvorlig/langvarig</td></tr>
<tr><td>HOVEDANSVAR</td><td>Levekår</td><td></td><td colspan="3">Mestringsenheten</td></tr>
<tr><td>PÅRØRENDE</td><td></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>HOVEDANSVAR</td><td></td><td colspan="4">Alle enheter i oppvekst barn/unge, skole og levekår.</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="3">Barne- og familieenheten og mestringsenheten har et særlig ansvar for tiltaks- og fagutvikling innen psykiske helsetjenester 0-100 år.
Alle enheter har ansvar for å bidra i samarbeid om dette.</td></tr>
</table>

5.2. Familieperspektivet / systemisk tilnærming

5.2.1. Utfordringer

I kapitel 2 er overordna strategier for psykisk helsearbeid i Sandnes beskrevet. Et av disse er at *alle tjenester skal inkludere familie- pårørende- og nettverksperspektivet.* Dette innebærer blant annet at et barn med helsemessige utfordringer skal forstås ut fra sin familiesituasjon og at aktuelle tjenester som særlig har ansvar for voksne inkluderes når det er nødvendig. Ingen skal møte foreldre med psykiske vansker uten å samtidig ha blikk for barna deres og å involvere aktuelle tjenester som har særlig ansvar.

Et familieperspektiv er sammenfallende med begrepet systemisk tilnærming. Dvs at ansatte skal forstå hvordan vansker oppstår og opprettholdes ut fra både forhold og egenskaper ved barnet/brukeren, familien, nettverk, fritid og barnehage/ skole/arbeidsarena.

For å støtte personer som har psykiske helseutfordringer er det viktig å vie særlig fokus på ressurser, kvaliteter, interesser og muligheter for deltagelse (for eksempel i fritidsaktiviteter eller arbeid) og mestring. Derfor blir også frivillige, organisasjoner, klubber, lag og foreninger og arbeidsgivere viktige samarbeidspartnere. Grunntjenester som barnehager, skoler, NAV, og alle helse- og omsorgstjenester har også viktige roller i å bidra til god psykisk helse.

Psykiske helsetjenester skal ha fokus på personens og familiens fungering og opplevelse av sin situasjon og ikke være avhengige av eller avventende i forhold til eventuell manglende diagnostisering fra spesialisthelsetjenesten.

5.2.2. Status

Barne- og familieenheten (BFE) og mestringsenheten er gitt et særansvar for å være førende for kommunens fag- og tjenesteutvikling innen psykisk helsehjelp 0-100. Enhetene skal sikre gode rutiner og praksis innen psykisk helsehjelp og de må involvere alle aktuelle andre samarbeidsaktører, både kommunale og private/ideelle/frivillige, i dette arbeidet. I arbeidet med helhetlig og sammenhengende psykiske helsetjenester er samarbeid og ansvarsavklaringer med spesialisthelsetjenesten viktig. Det må derfor være tett dialog slik at kommunen vet status på behandlingstilbud og planer til enhver tid.

Når det gjelder aldersgruppen 16-18 er det viktig å presisere følgende. Mestringsenheten er gitt et ansvar for psykisk helsetjenester fra 16 år. Noen i denne aldersgruppen har problematikk som hovedsakelig er barnevernsfaglig. Her vil koordineringsansvaret ligge i barne- og familieenheten, mens mestringsenheten har et hovedansvar for den psykiske helsehjelpen.

I overgangen 14 - 23 år påligger det både BFE og mestringsenheten et spesielt ansvar å sikre at psykiske helsetjenester henger sammen og utvikles ut fra felles forståelse og i samarbeid når det er hensiktsmessig.

5.2.3. Veien videre

1. Kulturbygning, kompetansebygging, tjenesteutvikling og praksisutforming av psykiske helsetjenester 0-100 år.
2. Ansatte i Levekår, Oppvekst Skole og Oppvekst barn og unge og Kultur (fritid) må besitte nødvendig systemkunnskap.
3. I planperioden vurdere om BrukerPlan skal benyttes også for aldersgruppen 16-18 år
4. I planperioden vurdere hvorvidt verktøyet Stafettlogg skal implementeres for å bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tjenester.

5.3. Forsknings- utviklings- og innovasjonsarbeid og informasjon.

Statlige strategier, føringer og lovendringer tilsier at flere oppgaver i framtiden blir lagt til kommunene, jf. blant annet Samhandlingsreformen med en forskyvning av ansvar og oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene og varslet betalingsplikt for utskrivningsklare. Det er behov for et forsknings- og utviklingsarbeid innen kommunale psykisk helsehjelp.

5.3.1. Utfordringer

Innen psykisk helse i Norge har over 90 % av alle forskningsmidler gått til medisinsk forskning og denne igjen har i like stor grad vært knyttet til spesialisthelsetjenesten (kilde: Napha.no). Det er et stort behov i Norge for forskning på kommunale helse- og omsorgstjenester. Forskning er derfor tatt inn som tema i Helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunen skal legge til rette for og medvirke i forskning både på voksen- og barnefeltet.

Innenfor barne- og ungdomsfeltet er nettstedet Ungsinn (www.ungsinn.no) en kunnskapsoppsummering og klassifisering av virksomme tiltak for barn og unges psykiske helse. Dette bør brukes som et styrings/prioriteringsverktøy for våre tjenester til barn og unge. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid til voksne (www.napha.no) er et tilsvarende nettsted for voksen-feltet. Sammen med veilederen «Sammen om mestring» fra Helsedirektoratet er dette viktige kilder til å utviklingsarbeid.

5.3.2. Status

Det er påbegynt forskningsarbeid innen psykiske helse for voksne i Sandnes. Kommunens samarbeidspartnere er UiS, KORUS Vest og Korfor. Det er behov for å utarbeide en strategi for forskningsarbeidet innen psykisk helse videre, også med tanke på å øke omfanget av forskningen. Et konkret mål er å etablere en stipendiatstilling for offentlig phd ved mestringsenheten.

Oppvekst barn og unge har inngått et forskningssamarbeid med Regionsenter for barn og unges psykiske helse (R-bup). Denne instansen gjennomfører en følgeforskning på den flerårige kvalitetsforbedringssatsingen som startet i 2016 i barnehagene.

Kommunen har god erfaring med å nytte statlige stimuleringsmidler til utvikling av særskilte områder. Det gir oss mulighet til å ligge i forkant i forhold til forventninger til kommunen som kommer. Vi skal holde oss

oppdatert og benytte mulighetene som ligger i statlige tilskudd, og samtidig være edruelige og vurdere forpliktelsene som ligger i videreføring etter at tilskuddsmidler opphører.

Det er behov for bedre oversikt over tilbud innen psykisk helse, både kommunale og andre ikke-kommunale. Fastleger og bruker- og pårørendeforum i mestringsenheten har særlig understreket dette behovet. Kommunens nye internettsider blir temabaserte og psykisk helse er et av temaene. Her foreslås å samle all relevant informasjon om psykisk helsearbeid 0-100 år.

5.3.3. Veien videre

1. Kommunen skal legge til rette for å medvirke i forskning innenfor psykisk helsearbeid
2. Mestringsenheten og barne- og familieenheten utvikler en plan for forskning innen psykisk helse og rus. Her må samarbeid med forskingsmiljø, hvordan få tak i forskningsmidler, publisering og implementering av forskningsfunn i tjenesteutviklingen inngå.
3. Kommunen har en målsetting om å etablere phd-stilling ved mestringsenheten i løpet av 2017/2018
4. Kommunen vil være i forkant og følge med på nasjonale anbefalinger i forhold til innhold, utvikling og prioriteringer innen psykisk helsearbeid, og legge vinn på tjenesteutvikling og tiltaksetablering i tråd med disse.
5. Kommunen vil vurdere behov for kompetanse og foreslå nye satsinger og årsverk i økonomiplan i tråd med behov i befolkningen, lovkrav, vedtatte tjenestebeskrivelser og nasjonale føringer.
6. Tiltak og tjenester innen psykisk helsearbeid samles under en fane på kommunens internettportal.

5.4. Barn som pårørende

5.4.1. Utfordringer

Viktigheten av pårørendearbeid er understreket både i helsepersonelloven og flere nasjonale føringer. Helsepersonell skal bidra til å ivareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging til mindreårige barn av blant annet pasient med psykisk sykdom. I januar 2017 kom en ny felles pårørendeveileder for helse- og omsorgstjenestene (IS-2587) som gir føringer for pårørendearbeid, enten den pårørende er et barn eller en voksen.

5.4.2. Status

Levekår utarbeidet i 2016 rutiner som skal sikre at barn som er pårørende blir sett og hørt, har tilstrekkelig informasjon og mottar nødvending oppfølging. Innen rus- og psykisk helsearbeid til voksne pågår systematisk arbeid med å forbedre praksis og gode rutiner er etablert. Mestringsenheten har egen kompetansegruppe for barn som pårørende.

Framover bør kommunen særlig ha fokus på å trene ansattes *evne til å handle*. Dette gjelder ansatte innen oppvekst barn/unge, skole og levekår med tema om hvordan samtale med foreldre om barna sin situasjon og særlig hvordan snakke med barn direkte, gi det enkelte barn tilpasset informasjon og sikre nødvending oppfølging.

Integrert i dette arbeidet må ansatte spesifikt tørre å snakke om vold og spørre om voldserfaringer. Å få fortalt om volden kan være et viktig første skritt for å få hjelp.

Både ansatte i kommunen, spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidspartnere ser barn som kanskje kunne ha nytte av å komme sammen med andre barn for å dele erfaringer og oppleve at «jeg er faktisk ikke alene om å ha det slik». Erfaring viser at det kan være en utfordring å rekruttere barn til slike grupper. Det er i dag gruppetilbud for «barn av …» som drives av Veiledningssenteret for pårørende i Sandnes og Pårørendesenteret i Stavanger.

Antall barn som er pårørende i mestringsenheten:

2014	2016	Endring
209	267	+ 58

Barn som bor daglig sammen med den personen som mottar tjenester fra mestringsenheten:

2014	2016	Endring
102	134	+ 32

5.4.3. Veien videre

1. Videreføre systematisk arbeid for å sikre fokus på «barn av …» i alle enheter i barn/unge, skole og levekår
2. Sikre at rutiner om barn som pårørende i levekår er kjent for enheter i oppvekst skole og oppvekst barn og unge
3. Vurdere om gruppetilbud for barn i regionen er tilstrekkelige i omfang eller om det er behov for tilbud i kommunal regi i tillegg.

5.5. Samarbeid med fastlege

Fastlege har ulike roller i møte med kommunalt psykisk helsearbeid: gi informasjon til pasient om psykiske helsetjenester og tilbud, «henvise» til kommunale tiltak/behandling, motta informasjon fra kommunen om tilbud, samarbeide (i ansvarsgruppemøter og annet) og delta i utviklingsarbeid som angår fastlege.

Fastlege kan også ha en koordinerende rolle fordi han ofte har tilgang til informasjon fra alle andre helseaktører i kommunen, spesialisthelsetjenesten og private. Primærhelsetjenestemeldingen beskriver primærhelseteam der fastlege kanskje er tiltenkt en koordinerende rolle. Dette er ikke konkretisert fra myndighetene.

Det er viktig at fastlegen «ser barna», har en systemisk tilnærming (tenker familie) når de følger opp sine pasienter. Kommunen forventer at fastlege sjekker om pasienten har barn - snakker med barna om situasjonen - eller forsikrer seg om at andre gjør dette.

5.5.1. Utfordringer

Det er behov for gode rutiner som sikrer nødvendig informasjonsutveksling mellom fastlege og kommunale psykisk helsetjenester, slik at tjenestene blir helhetlig og sammenhengende.

De kommunale psykiske helsetjenestene har utviklet seg til å ha større preg av målrettet og tidsavgrenset oppfølging. Det er ofte viktig at lege er orientert om dette, for at hun kan ivareta helheten. Journalforskriften pålegger helsepersonell å oppsummere og sende epikrise til fastlege etter at

behandling/oppfølging er gitt en periode eller avsluttet. Det er behov for bedre rutiner der informasjon sendes mellom psykisk helsearbeider og fastlege når bruker ønsker det.

Behandling av unge med begynnende vansker (nivå 2) skjer i noen grad hos fastlege, men dette kan variere fra lege til lege. Kommunen må legge til rette for at fastleger har nødvendig kunnskap om hva som tilbys av kommunal psykisk helsehjelp i hvilket omfang.

Fastleger trenger kunnskap om kommunens rutiner og verktøy i forhold til barn som pårørende.

5.5.2. Status

Det er viktig at fastleger involveres i tjenesteutvikling innen psykisk helsearbeid.

I planarbeidet har fastleger særlig etterspurt bedre rutiner og system som sikrer informasjon til fastlege når barn/unge får psykisk helsehjelp fra barne- og familieenheten. Praksis med e-meldinger er tatt i bruk for voksne og det ønskes at dette også benyttes i forhold barnetjenestene.

Fastleger understreker at det er ønskelig at ansatte innen psykisk helsearbeid inviterer seg inn i til samarbeidsmøter med fastlege i forhold til enkeltpasienter.

I planarbeidet er det drøfte mulighet for lege i kommunal stilling innen psykisk helsearbeid. Ansvarsområdet er foreslått å være rådgiving i forhold til å utvikle psykiske helsetjenester (hvor også somatikk, helsefremming, medikament-tematikk er integrert) og få til godt samarbeid både med fastleger og psykiatere i spesialisthelsetjenesten. Lege ønskes også med i drøftinger om hvordan vi bør møte statlige forventinger til kommunene innen kartlegging (utredning/diagnostisering), behandling og oppfølging (jf. blant annet nasjonal veileder «Sammen om mestring» - særlig kap 4). Samhandlingsutvalget for fastleger i Sandnes har drøftet dette og presiserer at vi ikke må bygge opp nye «siloer» på siden av de ordinære. Det ordinære er at fastleger og spesialisthelsetjenesten leverer legetjenester. Fokus må være på å forbedre kommunikasjon og samhandling.

5.5.3. Veien videre

1. Utvikle rutiner og praksis som styrker samarbeid mellom fastlege og kommunale psykiske helsetjenester for barn, unge og voksne og barn som pårørende.
2. Øke tilgangen til legekompetanse innen kommunalt psykisk helsearbeid enten ved bedre kommunikasjon og samhandling eller ved å knytte til seg rådgivende lege for rus- og psykisk helsetjenester.

5.6. Kartlegging

Kommunal kartlegging (utredning) innen psykisk helsearbeid skjer i et samarbeid mellom den det gjelder, familien om det er barn og eventuelt pårørende til voksne. Hensikten er å utforske vansker og ressurser for å komme frem til en felles forståelse av behov og hvilke tjenester som kan være aktuelle. All hjelp starter med en god kartlegging av brukerens og familiens behov, ressurser, vansker, ønsker og mål.

Er «bestillingen» tydelig og det ikke er alvorlig funksjonssvikt, er kartleggingen begrenset og kortvarig, ofte bare en kort samtale. I andre tilfeller varer kartleggingen lengre. I kartleggingsperioden gis informasjon, los til annen hjelp og tjenester og tiltak avklares.

Når det gjelder barn og unge er det å sikre at hjelp/oppfølging til foreldre også hjelper barnet. Barn kan være symptombærere, mens problemet hovedsakelig ligger et annet sted.

5.6.1. Utfordringer

I et brukerperspektiv, systemisk perspektiv og i et familieperspektiv er det viktig å identifisere de faktorene som er årsak til og som opprettholder vansker. Det er viktig å se på hele livssituasjonen, ha fokus på egne ressurser og ressurser i nettverk, når en skal finne fram til riktig tiltak.

5.6.2. Status

Det er utviklet kartleggingsverktøy i kommunen og verktøy som er anbefalt i nasjonale veiledere benyttes i noen grad. I møte med barn og unge og deres familier er *firfotingen* et viktig verktøy og i møte med voksne er *kartleggingssamtalen* et tilsvarende verktøy. Begge disse er utviklet i Sandnes. Vi må ha gode systemer som sikrer at disse verktøyene er kjent av alle, enten en arbeider i barne- eller voksenfeltet.

5.6.3. Veien videre

1. Styrke ansattes kompetanse og ferdigheter i å gjennomføre gode kartleggingssamtaler. Gjøre kjent, ta i bruk og utvikle og implementere gode verktøy til dette.

5.7. Brukertilbakemeldinger

5.7.1. Utfordringer

Kommuneplanen vektlegger at brukere skal gis mulighet til å være aktive deltagere i utvikling av kommunens tjenester. Samtidig må ansatte være tydelige på hva tjenestene ikke kan hjelpe med, slik at dette blir forutsigbart for brukeren/ familien.

Å lytte til familiens behov, ønsker og mål er det viktigste for å komme fram til riktig hjelp.

Individuell plan er et annet sentralt verktøy for brukermedvirkning på individnivå. Individuell plan skal fremme tjenester, samarbeid og koordinering der brukeren selv er i førersete. En individuell plan eies av brukeren og forplikter instansene til å samarbeide.

5.7.2. Status

Kommunen vil utvikle kompetanse og ferdigheter til ansatte slik at de systematisk benytter brukertilbakemeldinger til å tilpasse hjelpen og utvikle relasjonen til den de skal hjelpe. Det må bygges en

tilbakemeldingskultur». Til dette vil kommunen implementere verktøyet FIT (Feedbackinformerte tjenester)[11] innen psykisk helsearbeid for alle.

Brukerplankartleggingen i 2016 viser at innen psykisk helsearbeid til voksne er bruken av individuell plan fortsatt for lav.

5.7.3. Veien videre

1. Styrke bruken av brukertilbakemeldinger til å utvikle treffsikre tjenester og gode og effektive tjenester og relasjoner. Ta i bruk FIT-verktøyet i både mestringsenheten og i barne- og familieenheten og gi opplæring og veiledning til ansatte.
2. Styrke bruken av individuell plan. Tjenestene utarbeider måltall.

5.8. Systematisk bruk av erfaringskompetansen

5.8.1. Utfordringer

Barnevernstjenesten har erfaring med å innhente brukererfaring, blant annet ved bruk av barnevernsproffene og andre som har egen erfaring med barnevernstjenester. Innen psykisk helsehjelp til barn og unge har en mindre erfaring med å innhente erfaringskompetanse. Her vil vi hente erfaringer fra barnevern og mestringsenheten med tanke på å nytte erfaringskompetanse også her. Psykisk helseproffene kan også være aktuelle å invitere inn i dette arbeidet.

5.8.2. Status

I dag er 3 personer ansatt i voksentjenestene på bakgrunn av egenerfaring med rus. Tilbakemeldinger er svært positive. De ansatte med egenerfaring bidrar til å fremme håp hos de som mottar tjenester, de bidrar til større treffsikkerhet i hjelpen og de hjelper fagpersoner til å utvide sin forståelse og kompetanse.

I voksenfeltet er det også god erfaring med å engasjere personer med egenerfaring i arbeidsgrupper, kurs for brukere og som forelesere.

Mange fagpersoner har også egenerfaring med psykiske helseutfordringer, såkalt dobbelkompetanse. Tjenestene kan i større grad etterspørre og oppfordre til å ta denne kompetansen i bruk. Mestringsenheten har begynt å etterspørre dette som en kvalifikasjon ved utlysning etter sykepleiere og andre.

Det er et mål å få flere ansatte med egenerfaring (brukererfaring eller pårørendeerfaring) og flere som kan bidra gjennom konkrete oppdrag og engasjement.

[11] FIT er et nasjonalt anbefalt tilbakemeldingsverktøy innen rus- og psykisk helsearbeid. FIT er tilpasset både barn og voksne.

5.8.3. Veien videre

1. Utarbeide målsettinger for å nytte erfaringskompetanse og vurdere omfang ansettelser og engasjement av personer med egenerfaring, med mål om å legge til rette for større bruk av erfaringskompetanse i tjenesteutvikling.
2. Utarbeide strategier og tiltak for rekruttering av personer med egenerfaring

5.9. Ressurser- frivillighet – samfunn

5.9.1. Utfordringer

Flere med psykiske helseutfordringer trenger hjelp både til å se egne ressurser, se ressurser i nettverket sitt og til å se seg selv som en ressurs for andre. Lag og organisasjoner har arenaer som kan bidra til nettverksbygging.

Den psykiske helsearbeideren skal kunne støtte brukere til å se og finne ressurser og egne muligheter i nettverket, samt være en los til arenaer for nettverksbygging. Et systemisk perspektiv i tjenestene betyr også lokalkunnskap om og samarbeid med kultur, fritid, lag og foreninger.

5.9.2. Status

Frivilligsentralen tilbyr både tjenester og er en arena for å delta med meningsfull aktivitet. Personer med psykiske helseutfordringer kan utgjøre både en målgruppe og ressurs i dette arbeidet.

Kommunaldirektør levekår har iverksatt en egen satsing på frivillighet. Som en del av dette er det igangsatt et utviklingsarbeid med mål om å styrke frivilligperspektivet også innen rus- og psykisk helsearbeid. Målene er todelt; at personer med egenerfaring med rus- eller psykiske vansker kan delta som frivillig og at frivillige kan gi tilbud til brukere som mottar rus- eller psykisk helsetjenester fra kommunen

Samarbeid som allerede er etablert og som er virksomme i forhold til å bedre psykisk helse må pleies og utvikles. Eksempler på slike organisasjoner er Mental Helse Sandnes og Lura karateklubb

Noen av kommunens tiltak, gruppetilbud eller kurstilbud for voksne med psykiske vansker har engasjert tidligere deltagere som gruppe- eller kursledere. Noen grupper har gått videre som selvhjelpsgrupper som deltagerne styrer og utvikler selv.

Det finnes ulike tilskuddsordninger som kommunen kan søke på sammen med ideelle organisasjoner. Dette må kommunen følge med på og ta et initiativ overfor organisasjoner når en ser muligheter til samarbeid.

Kommunen har tilskuddsordninger som kan bidra med økonomisk støtte til aktiviteter og tiltak som fremmer psykisk helse, i regi av frivillige.

5.9.3. Veien videre

1. Utvikle gode strategier og tiltak innen frivillighet.
2. Oppvekst barn og unge vurderer å etablere Home-Start familiekontakten. Dette er et familiestøtteprogram hvor frivillige følger opp småbarnsfamilier

6. PSYKISK HELSEARBEID FOR BARN OG UNGE

Dette kapittelet omhandler aktiviteter og tiltak for barn og unge som ikke er beskrevet i kap 5 (psykisk helse 0-100).

Barne- og familieenheten (BFE) har et primæransvar for psykisk helsetjeneste til barn og unge (jf. presiseringer i kap 5).

Helsestasjon, barnehage og skole er sentrale arenaer for å bidra til god utvikling og god psykisk helse og er grunnpilarer i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid for god psykisk helse.

Regjeringen har via medier gitt lovnad om en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Denne planen skal ferdigstilles i august 2018.

6.1. Oppsummering av psykisk helsearbeid og psykisk helsetjeneste for barn og unge 2011-2017

I 2016 ble Barne- og familieenheten (BFE) etablert. Enheten har ansvar for de fleste kommunale tiltakene for barn og familier som trenger støtte utover det som grunntjenestene yter. Enheten har oppgaver hjemlet i både helse- og omsorgstjenesteloven og barnevernloven.

Avdeling ressurssenter for barn og familier har i sitt mandat å være en tydelig psykisk helsetjeneste for barn og unge. Familieteamet (tidligere ressurshelsestasjon) gir et lavterskeltilbud for familier med begynnende vansker, mens Psykisk helseteam er et tilbud for barn og unge med diagnostiserte lidelser som resulterer i betydelige utfordringer i hverdagen.

Det har i løpet av de siste årene blitt stadig større fokus og kompetanse på psykisk helse i barnehager og skoler. Kvalitet i disse grunntjenesten er en sentral faktor for å støtte opp om utvikling av barns psykiske helse.

Gjennom deltakelse i Modellkommuneforsøket 2007 – 2014 ble det gjort et kompetanseløft og implementert rutiner og verktøy for å identifisere og hjelpe barn av psykisk syke og/eller foreldre som har rusproblematikk. I løpet av denne perioden har helsestasjonsvirksomhet og barnehager blitt løftet fram og gitt et kunnskapsløft for å kunne identifisere og bistå de aller yngste barna og tidlig innsats er blitt et prioritert område.

Sandnesskolen har etablert visjon og praksis for å ivareta og tilrettelegge. Denne satsingen heter «Alle elevene er våre».

Jordmor- og helsestasjoner har systematisk fokus på psykisk helse hos foreldre i konsultasjoner og har tatt i bruk verktøy for å fange opp indikasjoner på vold, nedstemthet hos mor og mors/foreldres forhold til alkohol/rusmidler. Ved behov gis det tilbud om ekstrakonsultasjoner.

I perioden er det utviklet god praksis på samarbeid mellom helsestasjonstjenester/ungdommens helsestasjon og mestringsenheten for ungdom som er i målgruppen for mestringsenhetens «Rask psykisk helsehjelp».

Barnehagene har etablerte rutiner for tidlig innsats. I tillegg har alle barnehager utarbeidet handlingsplaner mot mobbing. Det pågår et stor satsing i alle kommunale barnehager og de fleste private for å sikre kvalitet i de ansattes samspill med barna slik at barnehagebarns utvikling støttes best mulig.

PPT fikk fra 2016 et tydeligere mandat i forhold til organisasjons- og kompetansehevingsarbeid i barnehager. Det er igangsatt et utviklingsarbeid der målet er å styrke systemarbeid og tidlig innsatsfokus i barnehagene. PPT deltar i satsingen den utviklingsstøttende barnehagen.

Styrket barnehagetilbud er, som PPT, delaktig i barnehagesatsingen. I 2016 ble det etablert et gruppetiltak for barn med begynnende atferdsutfordringer; SMART.

I 2016 ble Sandnes sammen med to nabokommuner ett av to statlige pilotområder for utprøving av tidlig-innsats-tiltak for førstegangsgravide som har vært i eller er i en vanskelig livssituasjon (NFP/ Familier for første gang). Familiene blir fulgt tett opp fra graviditet og fram til barnet fyller to år.

6.2. Systemarbeid og handlingsplan

1. Det vurderes styrking i fagstab barn og unge med en psykolog for å sikre systemarbeidet innenfor psykisk helsearbeid.
2. BFE utarbeider en handlingsplan for helhetlig psykisk helsearbeid, barn og unge

6.3. Tidlig innsats; Barn og unge med økt sårbarhet for å utvikle psykiske vansker

Enheter med særlig ansvar for denne målgruppen

- Helsestasjon inklusiv jordmortjeneste, skolehelsetjeneste og ungdommens helsestasjon
- Barnehage
- Skole og SFO
- Senter for flerspråklige barn- og unge
- NFP/ Familier for første gang (Statlig pilotprosjekt, Sandnes er vertskommune)
- Fastlege
- Barne- og familieenheten
- Mestringsenheten (barn av brukere og ungdom fra 16 år)
- Flyktningeenheten (barn av brukere)
- NAV (barn av brukere)

Risikoen for å utvikle psykiske vansker øker i familier hvor belastningene er store, rammer mange livsområder og /eller varer over lang tid. Særlig i barns første leveår er foreldrenes omsorgsutøvelse av stor betydning for barns utvikling.

I følge tall fra Bufdir har en stor andel barn som mottar hjelp fra barneverntjenesten psykiske vansker. I underkant av 80 % av ungdom i barnevernsinstitusjon har psykiske vansker.

Som beskrevet i kapittel 5 er samarbeid og involvering av tjenester for voksne av stor betydning for å hjelpe barn og sikre deres utvikling.

God kvalitet i våre grunntjenester er av stor betydning for barns psykiske helse. Ved å sikre felles kunnskapsplattform og god systemkompetanse vil vi kunne dempe risiko for utvikling av vansker hos barn som lever i familier med belastninger. Ved å bidra til at disse familiene /barna blir tidlig identifisert og får nødvendig hjelp slik at ikke vansker utvikler seg.

6.3.1. Utfordringer

Høyest sårbarhet for å utvikle psykiske helseplager finnes, ifølge Folkehelseinstituttet, i familier hvor;

- foreldrene eller søsken har psykiske lidelser som varer over tid
- foreldrene er rusmisbrukere
- barn utsettes for, eller opplever, vold eller seksuelle overgrep
- barna har kommet til landet med(bringende) traumatiske erfaringer
- barna er marginaliserte, blir mobbet eller er sosialt isolerte
- barna blir født med særlig biologisk risiko
- Barn utsatt for mobbing

6.3.2. Status

Resultatenheter innenfor oppvekstområdet har kunnskap om hvilke barn som er sårbare for utvikling av psykiske vansker. Helsestasjonsprogrammene og kvalitetsplan for barnehage og kvalitetsplan for skole favner kunnskap og tiltak for å ivareta disse gruppene.

6.3.3. Veien videre

Oversikt over sentrale tiltak og fokusområder:

1. I svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten videreføres systematisk fokus på gravides alkohol- og rusvaner (TWEAK), identifisering og støtte til gravide som sliter med nedstemthet (EPDS) og samtaler om vold i tråd med helsedirektoratets retningslinjer.
2. Grunntjenester og støttetjenester for de aller yngste barna støtter opp om og tilrettelegger for en god utnyttelse av tiltaket / pilotforsøket «Familier for første gang» (NFP) og delaktighet i vurdering av en videreføring av tiltaket etter pilotperioden.
3. Kompetansepakken «Tidlig innsats i barnehagene» videreføres og utbedres i tråd med ny rammeplan og satsingen «Den utviklingsstøtende barnehagen».
4. Skole og barnehage jobber systematisk mot mobbing, barnehagene har egne planer mot mobbing tilpasset den enkelte enhet.
5. Kommunens konsultasjonsteam vedr vold og overgrep drives videre og skal være en instans som bidrar til at ansatte i grunntjenestene ser og handler når barn utsettes for vold i nære relasjoner.
6. BFE viderefører og videreutvikler sin kompetanse og metodikk til å støtte foreldre slik at barnas sårbarhet for utvikling av vansker forebygges, avhjelpes og dempes.
7. Ta initiativ til felles fagdag for oppvekstfeltet om hvordan barns psykiske helse skades av omsorgssvikt og overgrep.

6.4. Barn og unge med begynnende psykiske vansker

Dette omhandler barn og unge som har utviklet symptomer som kan lede til psykiske vansker, samt barn/ungdom med begynnende psykiske vansker.

Enheter med særlig ansvar:

- Barne- og familieenheten, avd. ressurssenter
- Helsestasjon, skolehelsetjeneste og ungdommens helsestasjon
- Barnehage
- Styrket barnehagetilbud
- FBU - Senter for flerspråklige barn- og unge
- Skole og SFO
- PPT
- Fastlege
- Barne- og familieenheten, avd. barnevern
- Mestringsenheten (barn av brukere og ungdom over 16 år)
- Flyktningeenheten (barn av brukere)
- Tilrettelagt fritid

6.4.1. Utfordringer

Det er av betydning å bistå barn og unge raskt slik at ikke vansker videreutvikles og manifesterer seg. Kommunen har et særlig ansvar for barn som er under omsorg. Denne gruppen barn og unge er på landsbasis overrepresentert i henhold til psykiske vansker. BFE, avdeling barnevern, ser at det er behov for at barn og unge som mottar hjelp fra barnevernet også i større grad må skal sikres nødvendig psykisk helsehjelp både i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten.

Kommunens psykiske helsetjeneste til yngre ungdom opp til 16 år som trenger psykisk helsehjelp ut over det grunntjenester kan yte, har vært mangelfull i planperioden.

En del ungdommer har sammensatte utfordringer i form av atferdsvansker som skuleskulk, utagering og begynnende kriminalitet. Deres psykiske helse og psykiske vansker kan være en årsak til atferdsproblematikken så vel som et resultat.

Endel barnehager melder at det kan ta lang tid fra et barns vansker identifiseres til hjelp fra støttetjenester iverksettes.

6.4.2. Status

Helsestasjonstjenesten og BFE avdeling ressurssenter, bistår og følger opp barn og familier som trenger ekstra oppfølging, blant annet i forhold til barns spisevansker, foreldreferdigheter etc. Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er betydningsfulle tjenester for ungdom som har behov for voksenstøtte når de opplever vansker og utfordringer. Disse tjenestene har blitt styrket over tid. Helsestasjonstjenester i den videregående skole ønskes styrket og det er våren 2017 søkt om midler fra Helsedirektoratet til dette.

Våren 2017 styrkes BFE med et ungdomsteam som skal følge opp ungdommer som er i ferd med å utvikle negative atferdsvansker som kriminalitet, vold med videre. Prosess og etablering av dette teamet har vært ledet av SLT.

I 2015 opprettet Styrket barnehagetilbud et gruppetilbud (SMART) for barnehagebarn med begynnende atferdsvansker

6.4.3. Veien Videre

Oversikt over sentrale tiltak og fokusområder

1. Videreutvikle tiltak i BFE avdeling ressurssenter, for å kunne bistå barn/unge opp til 16 år og deres familier når barn har milde eller moderate psykiske vansker som ikke kan avhjelpes i grunntjenestene.
2. Sikre at barn og unge får bistand når behov for hjelp er avdekket
3. Sikre at barn under omsorg får nødvendig psykisk helsehjelp
4. Brukerinvolvering og brukermedvirkning skal være sentral i utforming og evaluering av kommunens psykisk helsearbeid – og helsetjeneste.
5. I BFE implementeres FIT (Feedbackinformerte tjenester, tidligere kalt KOR) som verktøy for brukerinvolvering i alle avdelinger og team.
6. Styrke innsatsen for ungdom som er i ferd med å utvikle atferdsvansker og som er i ferd med å etablere seg i negative og destruktive miljø ved å at det våren 2017 opprettes tre prosjektstillinger stillinger i BFE.
7. BFE videreutvikler gruppetiltak for å ivareta barn og unges hjelpebehov
8. Styrket barnehagetilbud viderefører SMART, et gruppetilbud for barnehagebarn med begynnende atferdsvansker.
9. PPT videreutvikler sitt systemarbeid for at grunntjenestene skal kunne tilrettelegge og avhjelpe barn/ungdoms begynnende vansker.
10. Videreutvikle gruppetilbud for målgruppene i kommunens psykiske helsearbeid og psykiske helsetjeneste for barn og unge.
11. Få i stand en forpliktende samarbeidsavtale mellom BFE og BUPA for helhetlig innsats og for avklaring om ansvarsfordeling
12. Vurdere implementering av Stafettloggen som verktøy for å sikre helhetlig oppfølging og medvirkning av foresatte / ungdommen.

6.5. Barn og unge med betydelige psykiske vansker

Enheter med særlig ansvar:

- Samordningsenheten
- Fastlege
- Barne- og familieenheten, avd. ressurssenter, psykisk helseteam barn og unge
- Barne- og familieenheten, avd. barnevern
- Mestringsenheten (barn av brukere og ungdom over 16 år)
- Styrket barnehagetilbud
- PPT

- Tilrettelagt fritid

6.5.1. Utfordringer

En del barn og unge har omfattende sammensatte vansker, behov og problemomfang. Flere enheter merker økende etterspørsel av tjenester.

Tjenestene har pekt på at det er grupper barn og unge med omfattende psykiske vansker hvor kommunen per nå ikke har tilfredsstillende tjenester og tiltak. Dette gjelder særlig gruppen psykisk utviklingshemmede.

For barn og unge med omfattende og sammensatte vansker er det viktig med koordinering og samarbeid mellom enheter og involvering av foresatte og barnet selv. Overganger som skoleskifte, fra barne- til voksentjeneste etc., er sårbare perioder i disse barnas/ungdommenes liv.

6.5.2. Status

Psykisk helseteam barn og unge i BFE er et tiltak for familier med barn/ungdom med omfattende psykiske vansker (diagnostisert). Deres mandat og målgruppe er tydelig avgrenset.

En del barn og unge har ikke en diagnostisert psykisk sykdom, men har en moderat eller betydelig funksjonssvikt på grunn av sine psykiske vansker. Denne gruppen (under 16) trenger mer hjelp enn den tilrettelegging som kan gjøres i skole, skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom eller fastlege eller som BFE pr i dag har mulighet til å yte.

Disse barna og deres familier har behov fra bistand fra både det kommunale hjelpeapparat og fra Barne- og ungdomspsykiatrien. Noen trenger psykiske helsetjenester fra kommunen mens de venter på å komme til utredning / behandling ved BUP. Andre har fått utredning/ behandling ved BUP og trenger oppfølging i etterkant.

6.5.3. Veien videre

Oversikt over sentrale tiltak og fokusområder

1. Videreutvikle tiltak i BFE avdeling ressurssenter, for å kunne bistå barn/unge opp til 16 år og deres familier når barn har omfattende psykiske vansker.
2. Sikre at barn under omsorg får nødvendig psykisk helsehjelp
3. I BFE implementeres FIT (feedbackinformerte tjenester, tidligere kalt KOR) som verktøy for brukerinvolvering i alle avdelinger og team.
4. Barn og unge som mottar barnevernstiltak skal sikres nødvendig psykisk helsehjelp gjennom særlig prioritering i BFE og samarbeid mellom BFE og BUPA.
5. Brukerinvolvering og brukermedvirkning skal være sentral i utforming og evaluering av kommunens psykisk helsetjeneste og verktøyet KOR (nå FIT) benyttes.
6. Utrede behov, omfang og iverksette tiltak slik at barn og unge med en psykisk utviklingshemming får hjelp for omfattende psykiske vansker.
7. Individuell plan skal nyttes i omfattende sammensatte saker
8. Tettere samarbeid med BUPA for helhetlig innsats og for avklaring om ansvarsfordeling
9. Tilrettelegge for barneboliger i de enkeltsaker hvor barn/ungdom med omfattende psykiske vansker ikke kan bo hjemme, men må få omsorg og behandling i en barne-/ungdomsbolig.

7. PSYKISK HELSEARBEID FOR VOKSNE

I dette kapitlet gis først et kortfattet oppsummering av tiltakene i planen som ble vedtatt i 2011. Deretter beskrives de ulike aktørene innen psykisk helsearbeid til voksne i dag. Recovery som et tenkningsgrunnlag for psykisk helsearbeid presenteres kort. Deretter beskrives utfordringer, status og tiltak innen 3 hovedforløp og til sist innen spesielle temaområder.

7.1. Oppsummering av Psykisk helsearbeid til voksne 2011-2016

Tallene i parentes viser til tiltaksnummer i plan for psykisk helsearbeid som ble vedtatt i 2011

Mestringsenheten etablerte høsten 2014 en liten institusjon for utskrivningsklare med omfattende behov. For personer med samtidig rus og psykisk lidelse, med lavt funksjonsnivå, og som ikke nyttiggjør seg ordinært behandling er fleksibelt oppsøkende team etablert i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (50)

Samarbeid med boligtjenesten er utviklet slik at vi har god oversikt over boligbehov for målgruppen. Personer som mangler bolig er redusert betydelig i perioden (51).

Oppfølging til bosatte flyktninger og asylsøkere er styrket. I dag er et tett samarbeid mellom flere enheter og tiltaksutvikling og veiledning. Fokus på psykisk helse er integrert i introduksjonsprogrammet og psykisk helsehjelp utøves av ansatte i mestringsenheten med særlig kompetanse (52)

I 2016 ble et overordna samarbeidsorgan mellom psykiatritjenester i Helse Stavanger HF og Sandnes Kommune etablert, PSYKRUSSAN. Omfatter både barne- og voksentjenester. Det er etablert et fagråd for psykiatri og rusfag mellom Helse Stavanger og de 18 opptakskommunene i tråd med vedtatt samarbeidsavtale, delavtale 2a (53).

Samarbeid med NAV er særlig godt der samarbeidet gjelder enkeltprosjekt, som ungdomssatsing, Housing first og FACT (54).

Sandnes Kommune har avtale med Helseforetaket om utdeling av medikament til personer på legemiddelassistert behandling. I 2014 flyttet LAR inn i nye lokaler i Langgata (55).

Omsorg og mestringsenheten har hatt årlig fagdag med fokus på psykisk utviklingshemming, utviklingsforstyrrelser og psykiske vansker (56.)

Det er ikke etablert særlig tiltak overfor eldre med moderate psykiske vansker. Det er etablert rutiner og praksis for veiledning av ansatte i omsorg, fra mestringsenheten. Rask psykisk helsehjelp har til nå ikke hatt spesifikt fokus på eldre (57).

Det arbeides kontinuerlig og systematisk med å styrke tilbud og fokus på barn som er pårørende i levekår generelt og innen psykisk helsehjelp spesielt (58).

Gruppetilbud til barn som pårørende drives i dag av samarbeidsparter (Veiledningssenteret for på pårørende i Sandnes og Pårørendesenteret i Stavanger) Sandnes Kommune har drevet gruppetilbudet «jeg kan», men dette er avviklet (59).

I samarbeid med pårørendeorganisasjoner i bruker- og pårørendeforum (mestringsenheten) er det utviklet rutiner for pårørendearbeid (voksne pårørende) og det er gjennomført et første dialogmøte for innhenting av pårørendetilbakemeldinger til tjenestene (60).

Utvikling av lavterskeltilbud og utvikling av mestringssenteret har hatt stort fokus. Mestringssenteret har i dag et helsefremmende fokus gjennom aktivitet og veiledning, samt yter korttids behandling for psykiske vansker fra 16 år. Tjenester er utviklet og avgrenset i forhold til frisklivssentralen og spesialisthelsetjenesten. På slutten av perioden ble prosjektet «Rask psykisk helsehjelp» etablert (61).

Tilrettelaget arbeid i form av varig tilrettelagte arbeid (VTA plasser) ved Sandnes Pro-Service As er opprettholdt (25 plasser). Andre tilrettelagte arbeidsplasser for personer som ikke komme inn under NAV-ordninger er trappet ned (nye tas ikke inn). Vaktmestertjenesten er lagt ned (4 plasser) Nedtrappingen er en følge av mangel på midler og resultat av innsparinger (62).

Kommunen søkte om statlige midler for igangsetting av IPS-prosjekt. Dette er en strukturert oppfølgingsmetodikk for arbeidsdeltakelse for brukere med rus og/eller psykiske vansker. Kommunen fikk avslag og tilskuddsordningen finnes ikke lenger. På individnivå er arbeid og deltakelse til personer med samtidig rus og psykiske vansker og samarbeid med NAV om dette, et av fokusområdene i oppfølgingen fra FACT-teamet (63).

Prosjekt Fritid (i enhet Fritid) ble i 2014 flyttet til mestringsenheten og integrert i mestringssenteret sine tilbud. En særlig gjennomgang av tiltak 12-18 år, for å sikre overgang barn-/-voksentjenester er ikke gjennomført på systemnivå, men den helhetlige oppfølgingen i mestringsenheten fra 16 år, omfatter også fokus på fritids-/aktivitetstiltak (64).

Når det gjelder kompetansebygging hos ansatte har flere tatt videreutdanning eller master innen psykisk helse. Alle ansatte i mestringsenheten deltar i systematisk kompetansebygging innen recovery og motiverende intervju og flere ansatte deltar i ulike kompetansesatsinger (kognitiv terapi, nettverksterapi og annet) (65).

Bruker- og pårørendeforum er utvidet i perioden med flere bruker- og pårørendeorganisasjoner, samt enkeltpersoner med erfaringskompetanse. Arbeidsmåter i forumet er utviklet for å styrke reell medvirkningsmulighet på systemnivå (66).

På tjenestenivå har ansettelse av personer med erfaringskompetanse bidratt både til gode og brede tjenester til brukerne og styrket brukerperspektivet hos kollegaer med fagutdanning. Tjenester «justeres» i større grad etter brukertilbakemeldinger og evalueringer fra den enkelte tjenestemottaker og enkelte personer med egenerfaring bidrar som forelesere eller kursledere for nye brukere. I samarbeid med brukerorganisasjoner, universitetet i Stavanger og brukere fra Tilburg (Nederland) er et nytt 100 % brukerstyrt kurs oversatt og tatt i bruk i Sandnes. Kurset følges med forskning (67).

Samarbeid om tjenesteutvikling og erfaringsdeling skjer gjennom ulike nasjonale og regionale fora og nettverk der bruker- og fagmiljø sitter rundt samme bord. Det siste aktuelle er et regionalt recoveryorientert læringsnettverk i regi av KS, der Sandnes deltar. Kommunen deltar i tillegg i fylkesmannens kompetansegruppe for rus og psykisk helse (68).

7.2. Aktører og hovedforløp

Psykisk helsearbeid til voksne omfatter hjelp til personer over 16 år som har psykiske helseutfordringer. Psykisk helsearbeid utføres av mange, både frivillige, organisasjoner og det offentlige (kommune og spesialisthelsetjeneste)

Lag og organisasjoner, ideelle virksomheter og private kan legge til rette for å inkludere personer med psykiske vansker i sine tilbud. Noen personer med psykiske vansker går sammen i selvhjelpsgrupper hvor de hjelper seg selv og andre ut fra egenfaring med psykiske vansker. Noen organisasjoner samarbeider med Sandnes kommune og utgjør et vesentlig supplement eller alternativ til hjelp fra det offentlige.

Fastlege er for de aller fleste første kontaktpunkt ved psykiske helseutfordringer. Fastlegene avhjelper mange. De kan følge personer og familier over tid og bidra til helhetlig hjelp. Fastlegen er også en viktig samarbeidspart for kommunale helsetjenester og tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

Omsorgstjenestene i Sandnes møter mange som har psykiske vansker. Mange av pasientene som ansatte i sykehjem og hjemmetjenestene møter, har psykiske vansker i tillegg til somatisk lidelse. Kommunen tilbyr systematisk veiledning i de ulike omsorgsdistriktene for å styrke de ansatte i å gi psykisk helsehjelp. Mestringsenheten har ansvar for veiledningen.

Mestringsenheten har et primæransvar for psykiske helsetjenester til voksne i Sandnes Kommune. De gir tjenester fra 16 år og oppover. I overgangen ungdom til voksen er avklaringer om ansvar og samarbeid med enheter i oppvekst barn og unge sentral.

Krav til kommunalt rus- og psykisk helsearbeid ble i 2012 samlet i felles lov; Helse- og omsorgstjenesteloven. I 2014 ga Helsedirektoratet ut en veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid; «Sammen om mestring». Sandnes kommune har utviklet og vil fortsette å utvikle tjenester i tråd helse- og omsorgstjenesteloven, «Sammen om mestring» og andre nasjonale føringer.

En av anbefalingene i «Sammen om mestring» er å utvikle tjenestene i et recovery-perspektiv. En annen anbefaling er å se befolkningens behov for psykiske helsetjenester i tre hovedforløp. En tredje anbefaling er tilnærmingsmåter som samsvarer med de tre hovedforløpene. Disse anbefalingene gjenspeiles i oppbygging av og innholdet i dette kapitlet. Inndeling i hovedforløp er gjort for å lette fremstillingen.

<u>De tre hovedforløpene</u>

Hovedforløp 1: Milde og kortvarige vansker (angst, tristhet/depresjon, søvnvansker)

Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige vansker (traumer, psykoser) og langvarige/moderate
Vansker (depresjon, angstlidelser)
Hovedforløp 3: Alvorlige langvarige vansker (følger av alvorlige traumer, psykoselidelser, alvorlig depresjon)

Det er ikke psykiatriske diagnoser som utløser psykisk helsehjelp fra kommunen. I kommunalt psykisk helsearbeid vil det være graden av funksjonssvikt i det daglige som legges til grunn. Derfor er den personlige kartleggingen sammen med den som søker hjelp, viktig for å avklare behov og tiltak. Det vil være glidende overganger mellom de ulike forløpene og den enkeltes problem og situasjon kan raskt endre seg. Dette krever tjenester som er preget av lett tilgjengelighet og fleksibilitet.

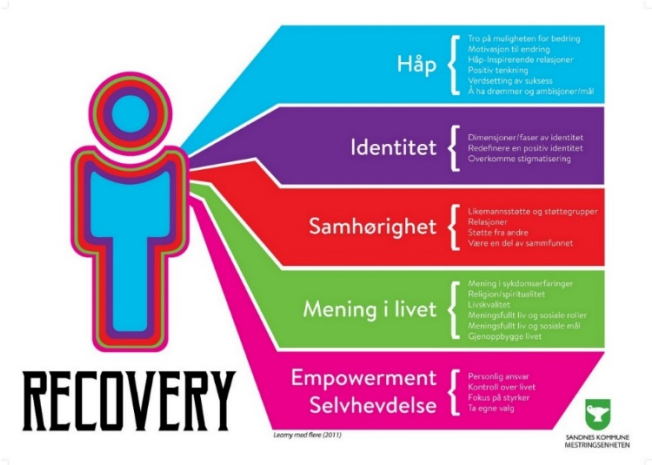
7.3. Recovery-filosofien som perspektiv på tjenestene

Bruker- og pårørendeforum[12]: «Fokus på rcoveryfunderte holdninger hos ansatte må være et kontinuerlig fokus i dyktiggjøring av ansatte»

Recovery-filosofien har vært styrende for utvikling av tjenestene innen rus- og psykisk helsearbeid de siste årene. Dette perspektivet forankres nå tydelig i plan for psykisk helsearbeid.

Kort fortalt handler recovery om prosesser og grep som folk gjør for å mestre livet, kanskje på tross av psykisk helseutfordringer eller rusproblem. Ansattes rolle blir å ha holdninger og arbeidsmåter som støtter opp om «recoveryarbeidet» som brukeren selv jobber med. Ofte er ansatte også viktige for å skape motivasjon til endring. Noen brukere opplever håpløshet, og ansatte som bærer håpet, kan bety alt.

Studier som sammenfatter forskningsfunn fra intervjuer med mange personer med psykiske vansker, oppsummerer at følgende faktorer er sentrale for å oppleve bedring: håp, positiv identitet, samhørighet/tilhørighet, mening i livet/hverdagen/sykdommen og mulighet til og evne til å ta kontroll og ansvar i egent liv (empowerment/selvhevdelse).



Å ha et recoveryperspektiv på tjenestene betyr dermed at kunnskap og erfaringer hos de som har eller har hatt skoen på anses som en viktig kunnskapskilde for tjenesteutvikling. Dermed anerkjennes erfaringskunnskap som likeverdig med tradisjonell fagkunnskap. Sandnes Kommune har ansatt personer med egenerfaring i tjenestene og vi har et systematisk arbeid for å implementere recovery-støttende holdninger og praksis hos ansatte. Dette betyr også at vi vektlegger *person*orienterte tjenester framfor *diagnose*baserte tjenester. Vi vil utvikle kommunale tjenester som støtter opp under brukeres potensiale til mestring, utvikling og deltagelse.

[12] Bruker- og pårørendeforum i mestringsenheten har gitt innspill til planen og noen av synspunktene derfra er satt inn som slike sitat i kursiv.

7.4. Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer

7.4.1. Utfordringer

I følge nasjonale tall må vi anta at en stor del av Sandnes-befolkingen har milde og kortvarige psykiske helseproblemer. Risikoen er at problemer kan utvikle seg hvis de som opplever dette ikke har kunnskap om hva som kan hjelpe og hvor en kan få hjelp. Kommunen kan ha en viktig rolle i å hjelpe folk til å bli sine egne terapeuter.

En fersk studie[13] viser klar sammenheng mellom psykiske vansker og arbeidsledighet. Økt arbeidsledighet i vår region kan gi økt omfang av lette og moderate psykiske vansker. Å komme tidlig til med hjelp ved begynnende vansker betyr mye for den enkelte der og da og det gir effekt på lengre sikt for å forebygge alvorligere tilstander med de konsekvenser det har for helse, livskvalitet og deltagelse, ikke minst i arbeidsliv.

I hovedforløp 1 er hjelp fra fastlege viktig, men ifølge myndighetene ikke tilstrekkelig for å nå mange nok tidlig nok. Rask psykisk helsehjelp ble iverksatt som en nasjonal satsing for å nå personer i hovedforløp 1

Helsedirektoratet tok i januar 2017 initiativ til en ny nasjonal satsing mot denne målgruppen. Helsedirektoratet og direktoratet for e-helse samarbeider om utvikling av digitale verktøy til bruk for veiledet selvhjelp/internettassistert behandling. Målet er å utvikle dette som et verktøy til bruk innen kommunal psykisk helsehjelp. Slike løsninger kan kanskje avhjelpe presset på tradisjonelle tjenester.

7.4.2. Status

Sandnes Kommune har siden 2014 tilbudt hjelp gjennom prosjektet «Rask psykisk helsehjelp». Ikke minst fastleger i Sandnes rapporterer at de merker at prosjektet avhjelper behov i denne målgruppen. I løpet av snart 3 år med prosjektet i Sandnes har 310 personer mottatt individuell behandling og 396 personer har deltatt på kurset «Tankens kraft» (tall pr 31.12.2016). Tilbakemeldingene fra pasienter og samarbeidspartnere er gode. Prosjektperioden varer ut 2017. Prosjektet evalueres av Folkehelseinstituttet.

7.4.3. Veien videre:

1. Erfaringer med Rask psykisk helsehjelp evalueres med tanke på videreføring i ordinær drift. Resultat fra pågående forskning må legges til grunn. Tilbudet bør vurderes å utvides til ungdom, eldre, arbeidstakere og personer med begynnende rusproblem
2. Vurdere å ta i bruk internettassistert behandling

7.5. Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige vansker/lidelser og langvarige mildere vansker/lidelser

7.5.1. Utfordringer

Når det gjelder kortvarige alvorlige lidelser vil de aller fleste motta hjelpen fra fastlege og spesialisthelsetjenesten. Mange av disse i form av poliklinisk oppfølging fra Sandnes DPS (Sandnes distrikts-psykiatriske senter). Psykolog eller psykisk helsearbeider i kommunen har kompetanse til å avdekke behov og formidle kontakt til fastlege eller DPS når dette er nødvendig.

De fleste som mottar kommunale psykiske helsetjenester i forløp 2 vil ha langvarige og moderate plager. Mange i hovedforløp 2 sliter med angst- og depresjonsproblematikk, sosiale vansker og tilpasningsvansker. Vanskene går utover fungering i hverdagen og arbeidslivstilknytning. Mange har problemer med årsak i traumer fra barndom eller seinere traumer. Noen sliter med følger av vanskelig tilknytninger og skeivutvikling. Særlig gjelder dette en del unge som er i en krevende fase i livet. Oppfølging krever kompetente ansatte som også er genuint gode på relasjonsbygging og samarbeid. Nyere forskning[13] gir oss også grunn til å forvente større behov for psykisk helsehjelp fra personer som er godt voksne og eldre, og som har utviklet seinvansker i form av angst og depresjon etter langvarig alkoholbruk.

Brukerplankartleggingen viser at brukere i målgruppen har utfordringer knyttet til deltakelse i aktivitets- eller arbeidstilbud. (Se kap 3)

Noen ganger er det en utfordring å finne fram til den beste helhetlige hjelpen for personer som har psykiske vansker som tilleggsutfordringer til somatisk lidelse eller psykisk utviklingshemming, eller der brukeren har annen kulturell og etnisk bakgrunn.

7.5.2. Status

Brukerplan viser at dette er den største brukergruppen innen psykisk helse (se kap 3). Tjenester gis både individuelt (fra psykisk helsearbeidere i psykisk helseteam) og gjennom gruppetilbud og mestringskurs. De siste årene er det jobbet mye med å tilpasse tjenestene til den enkeltes behov og tilby tidsavgrenset hjelp med klare målsettinger.

At tjenester skreddersys og tilpasses den enkelte har også medført noen endringer på hvordan tjenestene er organisert.

Noen særlige målgrupper krever at enheter i kommunen samarbeider på tvers for oversikt over aktuelt behov, avklaring av ansvarsplassering i forhold til tjenesteutvikling, tjenester og samarbeid. Holdningen «kommunens ansvar» må være sterkere enn «enhetens ansvar» slik at alle vurderer hvordan de best kan bidra til å løse den enkelte bruker sitt behov. Dette gjelder flyktninger/asylsøkere, personer med psykisk utviklingshemming og psykiske vansker i tillegg og eldre.

[13] Unemployment and initiation of psychotropic medication: a case-crossover study of 2 348 552 Norwegian employees. https://www.sintef.no/en/publications/publication/?pubid=CRIStin+1355043

Når det gjelder flyktninger og asylsøkere er det avsatt særlige ressurser og ansatte med særskilt kompetanse, slik at vi i dag har tilpasset psykisk helsehjelp og samarbeid om helhetlig oppfølging til målgruppen fra flere instanser i og utenfor kommunen.

Når det gjelder personer med utviklingshemming og psykiske vansker er det i mange tilfeller vanskelig å få kartlagt om det er den psykisk lidelsen eller utviklingshemmingen som ligger til grunn for atferden brukeren framviser. Det er derfor vanskelig for spesialisthelsetjenesten og fastlegen å stille diagnose, og en kan anta at det er mye underdiagnostisering. Det er viktig å ha fokus på at personer med utviklingshemming skal ha tilgang til helse og omsorgstjenester av samme kvalitet som befolkningen for øvrig. Tjenester må både ha karakter av behandling, helsehjelp og helsefremming

Når det gjelder brukere som mottar hovedvekten av tjenester fra omsorg (hovedsakelig eldre) er det innarbeidet rutiner for veiledning til omsorg fra mestringsenheten.

7.5.3. Veien videre

1. Utvikle lett tilgjengelige tjenester, utøve fleksibilitet og tilby rask og tidsavgrenset psykisk helsehjelp.
2. Prioritere samarbeid med fastleger og NAV for å gi helhetlig og koordinert helsehjelp og hjelp til å mestre hverdagen, med særlig fokus på mulighet for arbeid og aktivitet
3. Utvikle helhetlige helse- og omsorgstjenester, som også ivaretar psykisk helse-perspektivet til personer med utviklingshemming. Utfordringer i forhold til rus må også sees på samtidig. Hovedansvar: EFF
4. Det vurderes om strukturer og praksis for ansvarsdeling og samarbeid på enhetsledernivå er gode nok, eller om nye må etableres, i forhold til tjenester til personer som har psykiske vansker eller rus som tilleggsproblematikk.

7.6. Hovedforløp 3: Alvorlige langvarige problemer

7.6.1. Utfordringer

I tråd med samhandlingsreformen skal kommunen bosette og gi oppfølging til personer med stort omsorgsbehov. Den største utfordringen er å yte god hjelp innenfor det lovverket som gjelder i kommunen, det vil si å gi gode, faglig forsvarlige frivillige tjenester (helse- og omsorgstjenesteloven), når hjelpen skal gis til personer som i spesialisthelsetjenesten har blitt behandlet etter tvangsparagraf (lov om psykisk helsevern). Dette krever store bemanningsressurser. Det kreves høy kompetanse, utholdenhet og spesielt godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen har fokus på helhetlige tjenester og sømløse overganger, men for de som trenger en type behandling som må hjemles i begge lovverkene er det stadig vanskelig å finne fram til god hjelp, uten at brukeren blir en kasteball mellom to forvaltningsnivåer.

Enkelte vil ikke ha hjelp, selv om de kan ha alvorlige psykiske lidelser. Noen nytter seg ikke av NAV-ordninger og faller utenfor de fleste" systemer". Omfanget av de som ikke vil ha hjelp er vanskelig å tallfeste. Det kan ta lang tid å komme i posisjon til å få yte hjelp.

Noen personer med alvorlig psykiske helseplager har eller utvikler alvorlige somatiske plager. Disse trenger helhetlige helse- og omsorgstjenester med kvalifisert psykisk helsehjelp og somatisk helsehjelp.

Hovedansvar vil ligge hos mestringsenheten og samarbeid med omsorg kan være nyttig, for eksempel i form av hospitering. Det kan også være aktuelt å etablere en type sykehjemsavdeling

7.6.2. Status

I dag har kommunen to døgnbemannede bofellesskap og noen institusjonsplasser for pasienter med særskilt krevende ressursbehov. Det er grunn til å anta at det kan bli flere personer i gruppen som har omfattende behov knyttet til psykiske vansker, kognitiv svikt, rus og atferd.

Brukerplan 2016 viser at kommunen yter psykisk helsehjelp til 54 personer som har alvorlig ROP-lidelse (samtidig alvorlig rus og psykisk lidelse). Denne målgruppen kan ha store vansker med å nyttiggjøre seg behandling og tjenester som helseforetak eller kommune vanligvis gir hver for seg.

I 2016 etablerte vi prosjekt «fleksibelt aktivt oppsøkende team» - FACT. Teamet gir helhetlige tjenester på brukerens arena og består av ansatte med erfaringskompetanse, ansatte fra kommunen, spesialisthelsetjenesten og NAV. Det har vist seg å være svært utfordrende å rekruttere spesialisthelsetjenestekompetanse inn i prosjektet.

FACT er et tiltak som vi forventer skal føre til at flere av de som er vanskelig å nå skal få den oppfølging og behandling som de har rett på og trenger. FACT er et prosjekt som følges med evaluering fra et nasjonalt forskningsprosjekt for FACT og lignende team. I planperioden må det tas stilling til videreføring til ordinær drift av tjenestene til denne målgruppen.

7.6.3. Veien videre

1. Vi må sikre godt oversiktsarbeid, god kartlegging og godt samarbeid for å ivareta nødvending helsehjelp og oppfølging til ressurskrevende brukere.
2. Det er nødvendig med tett dialog med myndighetene for å avklare hvordan vi best mulig kan ivareta brukernes behov innenfor gjeldende lovverk og det kommunale handlingsrommet.
3. Veiledning og kompetansebygging hos ansatte, særlig med tanke på å hjelpe de brukere som har aller størst behov for sømløse tjenester og høy grad av tilrettelegging for å mestre livet. Delta i nasjonalt nettverk som er under etablering.
4. Aktører som kommer i kontakt med personer med hjelpebehov, men som ikke selv søker hjelp har ansvar for å bistå disse og ta initiativ til tett samhandling mellom fastlege, mestringsenheten, NAV, omsorg og andre aktører som møter disse.
5. FACT-modellen må vurderes videreført etter prosjektperioden er over. Evalueringer fra følgeforskningen legges til grunn.
6. Utvikle helhetlige tjenester for personer med stort hjelpebehov innen både psykisk og somatisk helse.

7.7. Kommunal psykisk helsehjelp til voksne – alle forløp

Utvalg for helse- og sosialtjenester vedtok tjenestetildeling, lovhjemling og kriterier for rus- og psykisk helsearbeid for voksne den 15. mars 2017 (HS-sak 3/ 17). Tjenestene skal innordnes slik at brukere og pårørende opplever lett tilgjengelighet, fleksibilitet og kvalitet på tjenestetildeling og oppfølging. Samtidig skal rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven ivaretas.

KS står bak et regionalt læringsnettverk i Rogaland (2017-2018), hvor Sandnes kommune er med[14]. Læringsnettverket har som mål å utvikle lokalbasert rus- og psykisk helsearbeid med recovery som et overordna perspektiv på tjenestene. Anbefalinger fra læringsnettverket og KS bør vektlegges i tjenesteutvikling og samarbeid fremover.

Det pågår et nasjonalt arbeid med å utvikle såkalte «pakkeforløp». Pakkeforløp innen rus- og psykisk helse skal bidra til pasientens helsetjeneste gjennom økt brukermedvirkning, bedre samhandling/koordinering og likeverdig behandling. Forløpene skal gi pasienten innflytelse på behandlingsvalg, og sikre pårørende den hjelpen og støtten de trenger. Anbefalinger gjennom pakkeforløpsarbeidet bør vektlegges i utviklingen av psykiske helsetjenester i Sandnes kommune.

Vi trenger ulike kunnskapskilder for å utvikle god psykisk helsehjelp. Behandlingsformer og tilnærmingsmåter som har fokus på brukers erfaring og opplevelse, som bidrar til å fremme ressurser og potensialer hos bruker er viktige. Det er særlig viktig å ta i bruk kunnskap og forståelsesmodeller som bygger på sammenhenger mellom utviklingspsykologi og traumeforståelse.

7.7.1. Veien videre

1. Kommunen vil utvikle og tildele tjenester i tråd med vedtatte vilkår (mars 2017)
2. Anbefalinger fra KS-læringsnettverk og pakkeforløps-beskrivelsene vurderes og søkes integrert i tjenesteutviklingen.
3. For å utvikle tjenester under recoveryperspektivet vil kommunen særlig arbeide for økt bruk av erfaringskompetanse i tjenestene til voksne.
4. Kommunen vil vektlegge ulike tilnærmingsmåter og satse på kompetansebygging og ferdigheter hos ansatte som samsvarer med problematikken hos brukere og deres pårørende. Kommunen vil særlig styrke kompetansen på recoverybasert oppfølging og traumebasert forståelse og behandling.

7.8. Helsefremmende tiltak for voksne med psykiske vansker

Bedring av den generelle helsetilstanden påvirker den psykiske helsen og tjenester med et tydelig helsefremmende perspektiv er særlig viktig for personer som har psykiske vansker. Flere med psykiske vansker er i risikogrupper som beskrevet i kap 4. Fysisk aktivitet, meningsfullt fellesskap, godt kosthold, god somatisk helse og reduksjon av negativ effekter av medikamentell behandling er for mange viktig for å oppleve best mulig psykisk helse.

[14] Læringsnettverket består av forbedringsteam. I Sandnes sitt team deltar fagpersoner og brukeransatte fra Mestringsenheten, NAV Sandnes og Helse Stavanger, representert ved Sandnes distriktspsykiatriske senter (Sandnes DPS) og avdeling for unge voksne (PUT Sandnes)

Forskning viser at tiltak i forhold til kost, ernæring og røyk er de viktigste tiltak for å dempe konsekvenser av sosial ulikhet i helse.

Forskning[15] viser at mennesker med alvorlige psykiske lidelser ikke får den samme oppmerksomhet rundt sine fysiske plager som andre. Dette skyldes forhold ved den psykiske lidelsen i seg selv, men også det at helsepersonell kan ha en tendens til å neglisjere behovet for oppfølging av psykiatriske pasienters helse. I noen tilfeller kan også den psykiske lidelsen maskere og trekke oppmerksomheten vekk fra behandlingstrengende fysiske lidelser.

Fastleger og psykiske helsearbeidere har en viktig rolle i forhold til å veilede pasienter i hva som er helsebringende. De har et særlig ansvar for dette når pasienten er i risikogrupper, slik som flere med psykiske vansker er, ikke minst personer i forløp 2 og 3.

Frisklivssentralen i Sandnes har flere tilbud som kan være nyttige for personer i alle tre forløp.

Kommunen har utviklet flere helsefremmende og mestringsfremmende tilbud innen fysisk aktivitet, trening og kosthold for personer med psykiske vansker. Mange av tilbudene har base i mestringssenteret i Julie Eges gate.

Bivirkninger av langvarig medisinbruk kan være alvorlige. Det er fra nasjonalt hold satt fokus på dette i 2017. Helsedirektoratet har skjerpet inn krav til legemiddelgjennomgang. Det er mange pasienter som har hjelp til medikamenthåndtering fra psykiske helsearbeidere i Sandnes kommune. Det er viktig at samarbeidet lege-pasient-helsearbeider er optimalt. Kommunen vil forsøke å etablere et evaluerings-, forbedrings- og kvalitetsarbeid knyttet til legemiddelbruk for personer med langvarig medikamentbruk. Målsetting er kvalitetssikring av alle sider rundt medikamentbruk og å redusere skadevirkninger av medikamentbruk. Brukererfaring, pårørendeerfaring, medisinsk kompetanse, farmasøytisk kompetanse og annen helsefaglig kompetanse vil inngå. Fastleger vil inkluderes i prosjektet fra planleggingsstart. Det anbefales å søke tilskuddsmidler til arbeidet.

7.8.1. Veien videre

1. Kommunen vil heve kompetanse og omfang av tjenester som har fokus på fysisk/somatisk helse, kosthold, fysisk aktivitet/trening for personer med psykiske vansker.
2. Kommunen vil etablere et systematisk forbedringsarbeid knyttet til bruk av, virkninger av og rutiner rundt legemiddelbruk til brukere i forløp 3.

[15] NAPHA, artikkel av Jan Olav Johansen 2011 https://www.napha.no/content/14290/Dramatisk-reduksjon-i-levealder

7.9. Brukermedvirkning på enhets- og avdelingsnivå.

I arbeidet med overordna planer innen psykisk helsearbeid inviteres brukere- og pårørenderepresentanter i Bruker- og pårørendeforum ved Mestringsenheten til å delta.

På enhets- og avdelingsnivå er det fortsatt behov for å forbedre og utvikle arbeidsmåter som gir reell brukermedvirkning innen voksentjenestene. *Bruker- og pårørendeforum mener: Vi ønsker flere konkrete medvirkningsmuligheter i tjenesteutviklingen.* Det er samtidig en utfordring for bruker- og pårørendeorganisasjoner å rekruttere nye medvirkere.

Kommunen ønsker å utvikle arenaer og måter for brukermedvirkning i dialog med organisasjoner og frivillige, både på enhetsnivå og avdelingsnivå. Vi vil særlig invitere bruker- og pårørenderepresentanter med i større utviklingsprosjekt. For at brukermedvirkning skal være mulig på et tidlig tidspunkt i plan- og utviklingsprosesser vil mestringsenheten invitere bruker- eller pårørenderepresentanter med i AMG. Fra før er ledere, tillitsvalgte og verneombud med i AMG.

Det er ønskelig med flere rene brukerstyrte tiltak og tiltak der personer med egenerfaring driver tiltak sammen med fagperson. Slike tiltak må utvikles i tett samarbeid med brukere og brukermiljø.

Mestringsenheten har oversatt og testet ut et kurstilbud som er helt brukerstyrt (Recovery is up to you). Kurset ledes nå av erfaringsansatte i Time, Stavanger og Sandnes. Det er flere organisasjoner og private som tilbyr ulike tiltak overfor personer med psykiske vansker. Dette er viktige supplement til det offentlige.

7.9.1. Veien videre

1. Utvikle og forbedre praksis og nødvendige rutiner for reell brukermedvirkning på enhets- og avdelingsnivå.
2. Videreutvikle og utvikle flere brukerstyrte tiltak i samarbeid med brukere og brukermiljø.

7.10. Voksne pårørende

Bruker- og pårørendeforum understreker: «Ansatte må tørre mer i forhold til pårørende. Involvere pårørende som ressurs i større grad i nettverket til bruker og som samarbeidspartnere for helsearbeideren».

Pårørende er viktige innen psykisk helsearbeid. Det er viktig å være klar over de ulike rollene pårørende har, både i forhold til den som er syk og i forhold til helsevesenet. Pårørenderollene deles inn i fem kategorier[16];

- pårørende som kunnskapskilde
- som omsorgsgiver
- som pasientens representant
- som del av pasientens nærmiljø
- som del av pasienten med egne behov

Hvilke roller den enkelte pårørende innehar har betydning for hvordan de bør involveres. Mestringsenheten har rutiner for pårørendearbeid som samsvarer med de ulike rollene.

7.10.1. Veien videre

1. Styrke pårørendeperspektivet i tjenestene gjennom kompetansebygging, benytte nasjonale verktøy for dette formålet (e-læring), ha dialog med pårørende (for eksempel dialogmøter) og utvikle konkrete forbedringsmål for pårørendearbeid.
2. Benytte åpen dialog og nettverksmøte som et virkemiddel for god pårørendeinvolvering.

7.11. Arbeid og arbeidsrettet aktivitet

Arbeid en viktig helsebringende faktor og det er ikke slik at psykiske vansker nødvendigvis må bety langt sykefravær. Nyere forskning/erfaring viser at det å være i jobb, gjerne med noe tilrettelegging, kan være med å forkorte tiden med psykiske vansker og ikke minst bidra til raskere veg tilbake til arbeidslivet. NAV har oppfølging og virkemidler som bidrar til arbeidsdeltakelse, - og for noen avklaring til uføretrygd.

Recovery-forskning viser at opplevelse av tilhørighet er viktig faktor i gode bedringsprosesser. Tilhørighet handler blant annet om å delta i arbeids- og samfunnsliv og ta utdanning. Det handler om å ha roller som gir positiv identitet og bedre sosiale vilkår. Å legge til rette for dette krever samarbeid mellom dem det gjelder; arbeidsgivere, næringsliv, NAV og tjenester innen psykisk helsearbeid. Det er likevel ikke sikkert dette er tilstrekkelig uten nasjonale virkemidler gjennom lovendringer og økonomiske virkemidler.

Alle psykisk helsearbeidere i kommunen må ha fokus på hva deltagelse, aktivitet og arbeid betyr den for den enkelte og forsøke å få til samarbeid og støtte som kan fremme dette når brukeren ønsker det. Samtidig bør det samarbeides på systemnivå for å fremme rammer og muligheter innen arbeid.

Kommunen samarbeider med NAV og Sandnes Proservice (SPS) i forhold til varig tilrettelagt arbeid (VTA) for målgruppen. I tillegg har kommunen inngått avtale om noen plasser ved SPS som kan nyttes mer

[16] Veilederen «Pårørende – en ressurs», Helsedirektoratet IS-1512

fleksibelt i forhold til arbeidstid. Kommunen gir også oppfølging av brukere og arbeidsgivere i små stillinger i bedrifter, men dette er et tilbud som er lite i omfang.

Det er en særlig utfordring at mange unge faller utenfor utdanning og arbeidsliv og at psykiske vansker er en viktig årsak til dette. Konsekvensene av dette kan bli sosial eksklusjon, dårlig levekår og dårlig helse. Ungdom med psykiske helseutfordringer bør være en prioritert brukergruppe. NAV har særskilt innsats overfor unge. Det er behov for at kommunen, NAV og andre som gir offentlige tjenester, eller arbeidsgivere, samarbeider godt om oppfølging. Samarbeid på systemnivå mellom NAV og mestringsenheten fungerer godt knyttet til enkeltprosjekt der ansatte i prosjektet møtes i felles tjenesteutvikling. For eksempel i FACT og i overgangen NAV/mestringsenheten for ungdom.

7.11.1. Veien videre

1. Styrke psykisk helsearbeideres kompetanse og ferdigheter i å støtte recoveryprosesser som handler om arbeid, utdanning og deltagelse.
2. Bredt samarbeid om arbeid og utdanning til personer med psykiske vansker, der ungdom prioriteres.
3. Det er behov for avklaring av hvordan kommunen skal tenke og eventuelt prioritere arbeidsrettede aktivitetstilbud til personer som ikke har tilgang på arbeidsrettede tiltak gjennom Navs tiltakssystem. Det er satt i gang et avklaringsarbeid i levekår våren 2017.

7.12. Samarbeid med Sandnes DPS og andre spesialisthelsetjenester i Helse Stavanger HF

Det ble i 2016 etablert et samarbeidsorgan mellom ulike enheter i Helse Stavanger og Sandnes Kommune (PSYKRUSSAN) deltagerne møtes regelmessig og drøfter hvordan en kan få til helhetlige pasientforløp der pasient/bruker har behov for koordinerte tjenester. Det avholdes faste møter (4 pr år) og adhock-møter etter behov. Målgruppen er 0-100 år.

Regjeringen ønsker å prøve ut kommunalt drevne DPS (Distriktpsykiatriske senter). Pt er modeller for dette ute til høring fram til sommeren 2017. Sandnes Kommune ved rådmann tok et initiativ overfor Helse Stavanger allerede i 2012, med invitasjon til dialog om eventuelt kommunal drift av Sandnes DPS. Sandnes Kommune ser at 2-nivådelingen (kommune og stat) gir utfordringer som kanskje alternativt kunne vært løst gjennom kommunalt drevet DPS, for å gi størst grad av effektive og sømløse tjenester for brukerne.

Kommunen har i samarbeid med andre kommuner etablert øyeblikkelig hjelp-tilbud døgn, for rus- og psykisk helse. Dette er i tråd med nye lovkrav. Det er også varslet at betaling for utskrivningsklare pasienter med psykiske vansker skal innføres fra 1. januar 2018. Utredning og planlegging av endringene skjer i samarbeid med Helse Stavanger.

Det er krevende for ansatte å bidra til gode liv for brukere med de største utfordringene (forløp 3), men det er mange eksempler på at dette lykkes. Der det er vanskelig eller lykkes, er dette ofte knyttet til konkrete utfordringer i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. I tillegg til at dette er belastende for brukerne, viser ros-analyser at svikt i samarbeidet er belastende for personalet.

7.12.1. Veien videre

1. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten må styrkes. Avvik når samarbeidet ikke er godt nok må drøftes på hensiktsmessig nivå. Kommunen vil gjennomføre og følge opp egne ROS-analyser og avvikshåndtering som omhandler samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
2. Iverksette avtaler knyttet til kommunal øyeblikkelig hjelp (fra 2017) og kommunal egenbetaling for utskrivningsklare (trolig fra 2018)
3. Rådmannen er åpen for å gå i dialog om kommunal drift av DPS.

7.13. Oppfølging etter selvmordsforsøk og oppfølging av pårørende etter selvmord.

Nasjonal handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading (2014-2017) beskriver både utfordringsbildet og delmål som bør følges. Mange av målene handler om det som er beskrevet i plan for psykisk helsearbeid i Sandnes. Et godt psykisk helsearbeid er også et selvmordsforebyggende arbeid.

Samtidig er det dessverre slik at selvmord ikke alltid kan forebygges på individnivå. Mange av de som begår selvmord har ingen kontakt med helsetjenestene i forkant.

I Sandnes gir fastleger, legevakt og psykisk helsearbeidere oppfølging etter selvmordsforsøk og oppfølging til etterlatte. Tilstrekkelig oppfølging er vanskelig å definere.

Foreningen LEVE gir generelle råd som er nyttige og de har pårørendegrupper. Pårørendegrupper kan vare over tid og kommunen har tilbakemeldinger som tyder på at dette tilbudet oppleves som verdifullt.

Alle som blir innlagt ved SUS med et suicidalforsøk blir vurdert av psykiater. Sykehuset har ikke plikt til å varsle kommunen, men kan i samråd med pasient eller pårørende henvise til kommunen for nødvendig oppfølging. I den grad kommunen blir informert om utskrivelser etter selvmordsforsøk følges de opp innenfor de tjenestetilbud kommunen har (fastlege, mestringsenheten, NAV og andre).

Noen oppleves å ha en «kronisk suicidalitet» selv om både kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenestene er tilstede over lang tid. Dette er svært utfordrende. Individuell plan og langvarig oppfølging med ansvarsgruppe kan være gode tiltak.

Alle etterlatte (de nærmeste) blir tilbudt oppfølging gjennom kommunens kriseteam. Det er klare rutiner for dette både ved legevakt og kriseteam. Det er samtidig viktig å anerkjenne at mange nettverk tar hånd om etterlatte på en god måte. Det er ikke alltid at helsevesenet er viktig i tragedier.

Kommunen bør se på om oppfølging etter selvmordsforsøk/selvmord er god nok. Fokus må rettes både mot personen som har gjort selvmordsforsøk og pårørende og etterlatte etter selvmord. Fokus må rettes på personer som har psykiske helsetjenester og de som ikke har. Gjennomgang av hendelsesforløp med tanke på å bedre selvmordsforebyggende tiltak. Vi må også sikre at vi holder øye med omfang og tendenser til enhver tid. Vi må ha fokus på pårørendes behov og om hjelp til pårørende og etterlatte er tilstrekkelig.

7.13.1. Veien videre

1. Et tverrfaglig sammensatt møte utarbeider oversikt over praksis og rutiner etter selvmordsforsøk og etter selvmord og foreslår eventuelle tiltak for å sikre og forbedre oppfølgingen til pasient og pårørende og sikre og forbedre samarbeid mellom helsepersonell.

Oversikt forkortelser med forklaring – alfabetisk

ASSS: Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner.
BFE: Barne- og familieenheten i Sandnes kommune.
Bufdir: Barne- ungdoms og familiedirektoratet
Bupa: Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling/ poliklinikk (spesialisthelsetjeneste)
DPS: Distriktpsykiatrisk senter (spesialisthelsetjeneste)
EFF: Enhet for funksjonshemmede i Sandnes kommune
e-melding: Systematisk elektronisk samhandling mellom utøvere av helsetjenester
EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale. Kartlegging av depresjon i fbm svangerskap og barselstid
FACT: Fleksibelt aktivt oppsøkende team. Team for samordnede og helhetlige tjenester til personer med samtidig alvorlig rus og psykiske vansker.
FBU: Senter for flerspråklige barn og unge i Sandnes kommune
FHI: Folkehelseinstituttet
FIT: Feedbackinformerte tjenester. Systematikk for løpende brukertilbakemelding. Tidligere kalt
KOR: Klient og brukerstyrt praksis.
Korfor: Regionalt senter for rusmiddelforskning i Helse Vest
KoRus Vest: Kompetansesenter rus (ved Rogaland A-senter)
KOSTRA: Kommune-Stat-Rapportering som gir styringsinformasjon
LAR: Legemiddelassistert rehabilitering (ved rusavhengighet)
Napha: Nasjonalt kunnskapssenter for psykisk helsearbeid
NFP: Nurse family partnership, Familier for første gang. Tiltak for førstegangsgravide i en vanskelig livssituasjon
PPT: Pedagogisk psykologisk tjeneste
PSYKRUSSAN: Psykisk helse og rus i Sandnes. Samhandlingsforum mellom kommunale enheter og spesialisthelsetjenesten
PUT: Psykiatrisk ungdomsteam (spesialisthelsetjeneste, poliklinikk rus)
RBUP: Regionsenter for barn og unges psykiske helse
ROP: Samtidig rus og psykisk lidelse
SLT: Samordning av lokale forebyggende tiltak mot rus og kriminalitet
SMART: Gruppetilbud for barn med begynnende atferdsvansker
SPS: Sandnes ProService, vekstbedrift
SUS: Stavanger Universitetssykehus
TWEAK: Kartleggingsskjema for alkoholbruk
UiS: Universitetet i Stavanger
VTA: Varig tilrettelagt arbeid

Deltakere i planarbeidet

En stor takk til alle som har bidratt i planprosessen og delt velvillig av sin kompetanse og erfaring. Dette gjelder særlig deltakere i Bruker- og pårørendeforum i Mestringsenheten, samt ledere, ansatte og samarbeidspartnere i berørte tjenester som har deltatt i referansegruppen og i innspillfora.

Planutarbeidelsen er gjennomført av et tverrfaglig arbeidsutvalg og forankret i tverrfaglig styringsgruppe.

Styringsgruppe:

- Elin Selvikvåg, kommunaldirektør levekår
- Torill Kind Jacobsen, kommunaldirektør oppvekst barn og unge
- Pål Larsson, kommunaldirektør oppvekst skole

Arbeidsutvalg:

- Katharina Hovland, rådgiver fagstab levekår, koordinator for planarbeidet
- Steinar Trefjord, rådgiver Mestringsenheten
- Birthe Holm, rådgiver fagstab oppvekst barn og unge
- Kristina Ehrenberg- Rasmussen, rådgiver samfunnsplan
- Hege Gule, rådgiver fagstab oppvekst skole