

DELPLAN FOR PSYKISK HELSE OG RUS

2019-2040

KRAGERØ KOMMUNE

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0	Innledning.....	3
1.1	Bakgrunnen for delplan psykisk helse og avhengighet.....	3
1.2	Plangruppenes mandat og delplanens innhold.....	4
1.3	Noen aktuelle lover, forskrifter og Stortingsmeldinger m.m.....	4
2.0	Psykisk helse-, rus- og avhengighetsproblematikk	5
2.1	Om psykisk helse.....	6
2.2	ROP-lidelser.....	6
3.0	Tildeling av tjenester og innhold i tjenestetilbudet.....	7
3.1.1	Forebyggende og koordinerende perspektiv.....	8
3.1.2	Lærings- og mestringstilbud.....	9
3.2	Koordinerte tjenester og individuell plan.....	10
3.3	Pakkeforløp – samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten.....	10
3.4.1	Særlige overveielser ved tjenester til personer med ROP-lidelser.....	11
3.4.2	Mål om helhetlig bedring av livskvaliteten – «recovery».....	12
3.4.3	Myndighetenes anbefaling for kompetanse og behandling.....	12
4.0	Beskrivelse av dagens situasjon i Kragerø kommune – målgrupper og antall.....	13
4.1.1	Aktivitets- og mestringsteamet.....	13
4.1.2	Dagens rutiner for tildeling av tjenester i AMT.....	15
4.1.3	Omsorgsboligene på Holt og Sjødamveien 37-39.....	16
4.2	Brukerorientering og brukernes forventninger til fremtidens tjenester.....	16
4.3.1	Kompetansebehov innen psykisk helse og avhengighet.....	17
4.3.2	Vold og trusler – en økende utfordring for våre ansatte.....	17
4.4	Velferds- og trygghetsteknologi.....	18
5.0	Tjenestetilbud til personer med psykisk helse- og/eller rusrelaterte problemer.....	18
5.1	Lavterskeltilbud.....	19
5.2	Andre tilbud og tjenester.....	20
6.0	Boliger for personer med psykisk helse-/rusrelaterte utfordringer.....	20
6.1	Housing First – modell for varig bosetting.....	21
7.0	Tiltaksdel med anbefalinger for videre drift.....	23
8.0	Økonomiske utfordringer.....	24
8.1	Driftsutgifter og investeringsbehov frem mot 2040.....	24

1.0 Innledning

Psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer forekommer hos mennesker i alle aldersgrupper og i alle deler av befolkningen. Grad av alvorlighet, kompleksitet og tjenestebehov knyttet til problemet vil variere fra person til person. Det er høy forekomst av rusmiddelproblemer blant personer med psykiske lidelser, og mange med rusmiddelproblemer har i tillegg en psykisk lidelse. Likheter i utfordringer og tilnærmingmåter gjør det hensiktsmessig å se psykisk helse og rus i sammenheng.

I Omsorgsplan 2020 og Økonomiplan 2018-2021 er det beskrevet en del prioriteringer og satsninger for kommende år. Kommunens ansvar for personer med psykiske problemer og lidelser og/eller rusrelaterte problemer er tydeliggjort i helse- og omsorgstjenesteloven.

Følgende forutsetninger fra sentrale myndigheter ligger til grunn:

Primærhelsemeldingen gir et budskap om at omsorgstjenestene skal være lett tilgjengelige, fleksible og omstillingsdyktige, med stor grad av brukerstyring, høy kompetanse og velferdsteknologiske løsninger som legger til rette for en egenmestringskultur. Hovedbildet er at kommunene får flere og mer kompliserte oppgaver, parallelt med at de økonomiske betingelsene fordrer stadig større krav om effektivisering og optimal ressursutnyttelse.

Nasjonale myndigheter har de siste årene hatt et sterkt fokus på å vri helsetjenestene fra å spørre hva feiler det deg – til hva er viktig for deg. Utvikling av en mer brukerrettet helse og omsorgstjeneste forutsetter likeverdighet i relasjonen, og utfordrer både dagens organisasjonskultur og kompetanse.

Føringene fra overordnede myndigheter er at det skal skapes et samfunn som fremmer mestring, tilhørighet og opplevelse av mening. Tjenestene skal være tilgjengelige, gode og koordinerte. Strategien fra regjeringen har de siste årene vært å synliggjøre betydningen av det helsefremmende og forebyggende arbeidet, som en viktig del både i folkehelsearbeidet og i kommunenes psykiske helsetjenester. Strategi for god psykisk helse er i tillegg forankret i flere globale og regionale handlingsplaner hvor WHO i samarbeid med blant annet EU-kommisjonen har gitt en rekke føringer for hvordan psykiske lidelser kan forebygges og behandles.

Overføringen av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene krever en faglig omstilling i våre tjenester, og innebærer at vi blant annet må fokusere på sterkere vektlegging av forebygging, tidlig innsats, egenmestring, rehabilitering og aktivisering. Dessuten vil nettverksarbeid, veiledning av pårørende og frivillige og ikke minst innføring av velferdsteknologi være viktige og nødvendige satsningsområder for å dreie tjenesten.

1.1 Bakgrunnen for delplan psykisk helse og rus /avhengighet

Kragerø kommunestyre vedtok i desember 2017 at det skal utarbeides en strategiplan for helse- og omsorgstjenestene, hvor «Delplan Psykisk helse og rus / avhengighet» er en av 6 delplaner. På oppdrag fra Rådmannen utarbeidet RO høsten 2018 en drifts- og ressursanalyse for helse- og omsorgstjenesten, og denne rapporten pekte på en rekke utfordringer og muligheter for våre fremtidige tjenester. Dette vil bli belyst i de ulike delplanene, og skal til slutt samles i den endelige strategiplanen.

Det har blitt en økt bevissthet om betydningen av psykisk helse i barnehage, skole arbeidsliv og frivillig sektor, men psykisk helse blir fortsatt i stor grad sett på som helsesektorens ansvar alene. Helsesektoren spiller en viktig rolle, men mange av virkemidlene ligger i andre sektorer. De som har virkemidler har også ansvar, og derfor må rollen og virkemidlene til alle sektorer tydeliggjøres.

Kunnskap om psykisk helse som noe positivt og som også inkluderer mestring og livskvalitet, bidrar til bredere eierskap. Å skape et samfunn som fremmer befolkningens livskvalitet må være en felles målsetting for alle sektorer.

Folkehelsebarometeret har i flere år vist at Kragerø kommune scorer dårligere ift folkehelse og levekår ift både landsdel og landet for øvrig, og det er blant annet rettet fokus mot stort forbruk av legemidler innen psykisk helse. Psykisk helsearbeid og rusarbeid er viktige områder i dag, og vil trolig bli enda viktigere i tiden fremover. WHO forventer at psykiske lidelser vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land i fremtiden.

1.2 Plangruppens mandat og delplanens innhold

Plangruppen har bestått av:

Heidi Lønne (fung. avd.leder), Marianne Fossetøl (vernepleier, bolig), Lise Marthe Aasvik (sosionom, bolig), Heidi Renate Gundersen (spes.spl. AMT), Håvard Gjerløv Andersen (fysioterapeut), Agnes Heldal (koordinerende enhet), Line Charlotte Kristensen (erfaringskonsulent), Inger Liv Grønnerød (Boligkontoret), Tove Kalmar Borkner (HTV for Fagforbundet), Mona Hellermysr (HTV for NSF) og virksomhetsleder Stella-Renée Syvertsen.

Delplanens innhold:

- Gi en beskrivelse av status for dagens tjenestetilbud og særskilte utfordringer for tjenesteområdet, samt en beskrivelse av dagens og fremtidens aktuelle brukergruppe (r)
- Fremtidige helse- og omsorgstjenester til personer som strever med psykiske og/eller rusrelaterte problemer. Beskrivelse av og målsetting for ulike tjenestetilbud
- Avklaring av fremtidig kompetanse- og bemanningsbehov
- Velferds- og trygghetsteknologi – muligheter og eventuelle begrensninger
- Formalisering av rutiner for internt samarbeid og samarbeid med spesialist-helsetjenesten for å sikre brukermedvirkning og sømløse tjenester.
- Vurdering av behovet for areal, herunder utnyttelse av eksisterende bygg, eventuelt behov for nybygg for primært å sikre kvalitet og kompetanse, økonomiske utfordringer fremover, og se på hvordan tjenesten vår kan nå flere og andre behov ut ifra reell ressurstilgang.
- Forslag til tiltak og satsningsområder med konsekvenser for organisering, drift og økonomi.

1.3 Noen aktuelle lover, forskrifter og stortingsmeldinger m.m.

- Helse- og omsorgstjenesteloven (Lov-2011-06-24-30)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (Lov-1999-07-02-63)
- Helsepersonelloven (Lov-1999-07-02-64)
- Prop.15 S (2015-2016): Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)
- Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne «Sammen om mestring» (IS-2076)
- «Mestre hele livet» - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)
- Meld. St. 29 (2012–2013) «Morgendagens omsorg»
- Meld. St. 15 (2017–2018) «Leve hele livet»

- Meld. St. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»
- Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten (FOR-2003-06-27-792)
- Strategi- og handlingsplan 2015-2020 for implementering og bruk av velferdsteknologi i Kragerø kommune
- Digitaliseringsstrategi for Kragerø kommune
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet: Bolig for velferd (2014-2020)
- Meld. St. 30: Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. 2012
- NOU 2011:15: Rom for alle
- Rapport IRIS – 2012/316: «Ryktet forteller hvor du bor»

2.0 Personer med psykisk helse, rus- og avhengighetsproblemer – hvem er det?

Psykisk helse og rus er en av våre store folkehelseutfordringer. Det er ofte vanskelig å tolke forekomststudier av psykiske lidelser hos rusavhengige da de fleste forskere ikke skiller mellom selvstendige uavhengige og rusutløste psykiske lidelser.

Befolkningsstudier fra Europa og USA viser at ROP - lidelser ofte opptrer sammen. Forekomsten av ruslidelse hos psykisk syke og vice versa er likevel lavere i befolkningsundersøkelser enn i kliniske studier, fordi det er personer med størst problemer som oftest søker behandling.

Vi har få gode norske studier som viser hvor mange personer i befolkningen som har ROP- lidelser. En kort oppsummering fra befolkningsundersøkelser i Europa og USA og annen forskning, viser at:

- Jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser
- Personer med stofflidelse har en høyere forekomst av psykiske lidelser (spesielt personlighetsforstyrrelser) enn personer med alkohollidelse, henholdsvis 53 prosent og 37 prosent
- Personer med schizofreni og bipolar lidelse har en spesielt høy forekomst av ruslidelser, henholdsvis 47 prosent og 56 prosent
- Det er klar sammenheng mellom alkoholavhengighet og angst og depresjon

En grov huskeregel når det gjelder psykiske lidelser er brøken 1/3:

- Ca. 1/3 av befolkningen blir psykisk behandlingstrengende i løpet av livet
- Ca. 1/3 av konsultasjonene hos allmennlegene gjelder psykiske lidelser
- Ca. 1/3 av uføretrygdete har psykisk helse diagnose

Det er stor overlapping mellom psykisk helse og rus. Tallene kan nyanseres med hensyn til ulike diagnoser, men for vårt formål her er det godt nok å tenke at det er ca. 50 prosent gjensidig overlapping mellom alvorlige psykiske lidelser og alvorlige ruslidelser.

Fra ulike kilder kan vi oppsummere dette enkle tilstandsbildet av ROP-lidelsene:

- Ca 50 % får psykisk helse-/rusutfordringer før 15 års alder
- Ca. 75 % får psykisk helse-/rusutfordringer før 25 års alder
- 2 av 3 har ingen erfaring fra arbeidslivet
- De aller fleste sliter med sine plager resten av livet

- Som gruppe lever ROP-pasienter 15-25 år kortere enn gjennomsnittet
- Dersom man betrakter ROP-pasienter som en sykdomsgruppe, så har gruppen flere tapte leveår enn noen andre sykdomsgrupper – men her dreier det seg om mange ulike dødsårsaker (forgiftninger, ulykker, et flertall somatiske tilstander) og redusert livskvalitet.

Avhengighetsproblematikk kan også gjelde spillavhengighet. Spilleavhengighet er en tilstand hvor en person har blitt avhengig av pengespill, og har mistet kontrollen over sitt forbruk. Spilleavhengighet utvikler seg gjerne over tid, og kjennetegnes ved at konsekvensene og problemene blir mer og mer alvorlige. Siden 2013 har spilleavhengighet blitt klassifisert som en psykisk lidelse. Behandlingsmåten har likhetstrekk med annen behandling av avhengighet, som for eksempel avhengighet til rusmidler.

2.1 Om Psykisk helse

I følge «Store medisinske leksikon» beskrives Psykisk helse som en opplevelse av å ha det bra, med muligheter til å virkeliggjøre sine talenter, mestre vanlige belastninger i livet, finne glede i arbeid og aktivitet samt delta og bidra i samfunnet.

Psykisk helse handler om vår til enhver tid opplevelse av trivsel. Dette er forhold ved menneskelivet som er i bevegelse gjennom livsløpet, og som varierer med tid og sted, person og relasjon. Det har dermed vist seg vanskelig å bli enige om en definisjon på tvers av kulturer og landegrenser. I de senere årene har det blitt vanlig å anvende psykisk helse som et mellommenneskelig begrep som dekker vårt forhold til oss selv, til våre nærmeste og ikke minst til det samfunnet vi er en del av.

Psykisk helse kan ikke skilles fra generell helse, og reflekterer samspillet mellom individet og omgivelsene. Årsaken til at en person utvikler psykiske lidelser kan være av både biologisk, psykologisk og sosial art. Noen symptomer kan oppleves som mer plagsomme enn andre, men i hovedtrekk er det i hvilken grad de påvirker sosiale relasjoner og hverdagslivets aktiviteter som har størst betydning for den enkelte. Symptomer som irritabilitet og aggresjon kan virke forstyrrende og skremmende på andre og bidra til stigmatisering, mens andre symptomer reduserer brukerens livskvalitet.

Nyere studier viser at psykisk (u)helse i et samfunn samvarierer med grad av sosial ulikhet og hvordan innbyggerne opplever anerkjennelse fra, og tilhørighet til et større fellesskap. Den språklige endringen fra «psykiatri» til «psykisk helse» ble initiert gjennom regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse, og var et uttrykk for et ønske om endring i tjenestetilbudet. Dette ble kjennetegnet av et skifte fra sykehusbaserte til lokalbaserte tjenester, og fra fokus på sykdom til fokus på helse og mestring og fra et pasient- til et befolkningsperspektiv.

2.2 ROP – lidelser

ROP-lidelse brukes som en samlebetegnelse for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. De fleste har også somatiske lidelser i tillegg. Mange pasienter med ROP-lidelser har hatt problemer fra tidlig ungdom og har mangelfull skolegang og utdanning. Mange har også hatt spesifikke lærevansker og problemer med kognitive funksjoner.

Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte, og de faller lett utenfor behandlingstiltak. Noen har problemer med å klare seg selvstendig i samfunnet,

noen har marginal økonomi og tilhører noen av være minst bemidlede, og mange har dårlig livskvalitet.

Selv om det har vært økt oppmerksomhet på denne pasientgruppen de siste årene, er det fortsatt mye som mangler når det gjelder utredning, behandling og oppfølging. Noen forblir uoppdaget fordi vi ikke har sett den psykiske lidelsen bak rusproblemene eller rusmiddelmisbruket bak den psykiske lidelsen. Rusmiddelproblemer kan beskrives etter symptomenes art, grad og varighet, og avhengighet er ikke et absolutt begrep. Det kan være uklare grenser mellom skadelig bruk og avhengighetssyndrom. Kjernen i fenomenet rusmiddelavhengighet kan forstås som mer eller mindre fastlåste tanke- og atferdsmønstre som følge av arvelige disposisjoner, hendelser og/eller relasjoner i livet. De påvirker utviklingen av personlighetstrekk og problemer og etablerer atferds- og forståelsesformer som begrenser personens opplevde handlingsalternativer.

Psykiske plager og rusmiddelproblemer relateres oftest til atferds-, følelsesmessige og kognitive forhold, men de innvirker også på kroppslig funksjon. Psykisk og somatisk helse henger sammen og bør derfor behandles under ett. Både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser gir økt risiko for selvmord.

3.0. Tildeling av tjenester og innhold i tjenestetilbudet

Det overordnede målet er å bidra til best mulig livskvalitet. I formålet til helse- og omsorgstjenesteloven er ett av punktene særlig å «forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne». Målet med Samhandlingsreformen er at tjenestemottakere skal få bedre behandling der de bor. Det skal lønne seg å forebygge sykdom i forkant i stedet for å reparere i etterkant. Regjeringen vil satse mer på å unngå at folk blir syke og vil sørge for at det lønner seg for kommuner og sykehus å samarbeide.

Vi vet at dårlige levekår øker risiko for utvikling av rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Samtidig kan rusmiddelbruk og/eller psykiske helseproblemer bidra til problemer med økonomi, nettverk, arbeid, utdanning og boligsituasjon. Tidlig debut fører med seg spesielt stor risiko for slike konsekvenser.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven §3-1 har kommunen plikt til å sørge for nødvendige tjenester til alle som oppholder seg i kommunen, uten hensyn til alder eller diagnose. Kommunen har ansvaret for utbygging, utforming og organisering av et forsvarlig og godt tjenestetilbud til den enkelte som har behov for helse- og omsorgstjenester.

Kommunenes ansvar omfatter blant annet:

- kartlegging av funksjonsnivå og vurdering av behov for tjenester herunder praktisk bistand og opplæring for å kunne mestre boforhold, personlig økonomi, personlig hygiene med mer
- ruskartlegging og psykososial oppfølging
- forebyggende helsetjenester, nødvendig helsehjelp (behandling av sykdom, medisinsk og psykososial habilitering og rehabilitering og omsorg)
- fremskaffing av bolig og oppfølging i bolig
- arbeid med individuell plan

Redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og uførepensjon er blant de viktigste følgene av psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer. Lokalt rus- og psykisk helsearbeid skal bidra til flere friske leveår for befolkningen, og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk og psykisk helseproblemer for den enkelte – for tredjepart – og for samfunnet. Arbeidet skal bidra til å bedre levekårene, forebygge og redusere problemutviklingen og fremme mestring av eget liv.

For mestring av eget liv har egnet bolig, arbeid, hindret frafall i skole, sosial inkludering, personlig økonomi og hjelp i egen bolig avgjørende. Et annet viktig moment er at pårørende skal sikres nødvendig støtte og avlastning.

Samhandlingsreformen og lovverket som følger opp reformen stiller økte krav til samhandling og god arbeidsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Ulike faglige tradisjoner, virkemidler og kompetanse kan sammen tilby et bredt spekter av tjenester og tilnæringsmåter.

3.1.1 Forebyggende og koordinerende perspektiv

«Leve hele livet» er en reform for å skape et mer sammenhengende tjenestetilbud for alle brukere og deres pårørende. Målet er å gi økt trygghet og forutsigbarhet i pasientforløp og overganger, at brukerne skal få færre hjelpere å forholde seg til og oppleve større grad av kontinuitet i tilbudet. Fokuset skal rettes mot hva som er viktig for den enkelte, og at de eldre skal føle seg verdsatt og sett og ikke minst bli involvert i beslutninger som angår dem selv. Ved å spørre: «Hva er viktig for deg?» flyttes oppmerksomheten fra sykdom til helse, og fra diagnose til hele mennesket. Dette er en viktig retningsendring i helse- og omsorgstjenestene basert på en helsefremmende tilnærming og en styrket pasientrolle. Støtte til å mestre hverdagen for på denne måten kunne leve hjemme så lenge som mulig, på tross av funksjonssvikt og sykdom. Samtidig må de ha trygghet for at de vil få hjelp når de trenger det. Målet er fornøye brukere som gjennom forebygging, rehabilitering, bruk av velferds- og trygghetsteknologi og sosiale nettverk klarer seg selv i stedet for å bli passive mottakere av hjelp og pleie.

Proaktive tjenester innebærer at tjenestene aktivt oppsøker innbyggere som ikke selv oppsøker helsetjenesten og tilbyr oppfølging. Dvs. sette inn forebyggende tjenester på et tidlig tidspunkt, i stedet for å vente på at svikten har oppstått. Habilitering og rehabilitering er helsetjenester med sterk vekt på forebygging og tidlig intervensjon. Styrking av habilitering og rehabilitering kan derfor også bidra til en dreining av tjenester i retning av å dempe presset på kompensierende tjenester.

I tillegg til at psykiske lidelser fører til økt sykefravær, er sannsynligheten for å være arbeidsledig betydelig høyere dersom en person har en psykisk lidelse. Arbeid kan forebygge ulike helseproblemer, og vil derfor i mange tilfeller være en del av behandlingen. Det å øke deltakelsen i arbeidslivet vil dermed også kunne redusere behovet for kostnadskreven behandling og langvarige tjenestetilbud i helsetjenesten.

Psykiske lidelser er en viktig årsak til helsetap gjennom livet, og de norske sykdomsbyrderapportene viser at angst- og depressive lidelser er blant de sykdommene som gir mest helsetap i Norge. Når vi vet at 50 % av ROP-lidelser opptrer før 15 års alder og så mange som 75 % av slike lidelser opptrer før 25 år alder, så kan ikke viktigheten av tidlig innsats og forebyggende tiltak blant barn og unge voksne vektlegges nok. Ung-data undersøkelsen for Kragerø 2019 viser at unge i Kragerø er spesielt sårbare for tidlig debut med rusmidler. I 2018 var det 10 ungdommer som var på ruskontrakt i 10 klasse i Kragerø kommune. Det er viktig med tidlig innsats for å forebygge frafall i skole. Det sees på som svært viktig og en sentral del av arbeidet å samarbeide med skole, og SLT samt tilrettelegge for rask psykisk helsehjelp med tiltak som også omfatter rusproblematikk og forebyggende arbeid for å unngå at ungdommen utvikler et rusproblem. På Talenhuset er det i dag, jfr. NAV-leder i Kragerø et behov for økt hjelp til pårørende som er i en vanskelig livssituasjon og som trenger veiledning for å hjelpe ungdommen på en god måte. I tråd med opptrappingsplanen anbefales det å styrke denne tjenesten med råd og veiledning, samt det å drive aktivt opplysningsarbeid.

Tallene fra Kragerø kommune viser til at kun 4 av 23 med kjent rusmiddelproblematikk hos NAV Talenhuset, mottagere av økonomisk sosialhjelp (18-30 år) også mottar tjenester fra AMT. Et formalisert samarbeid på tvers av virksomhetene ville kunne bidra til å lettere kunne komme i kontakt med brukere som er i behov for helhetlig oppfølging i forhold til bolig, økonomi, helse og rusutfordringer og kunne samarbeide om disse. Sømløse tjenester på tvers av forvaltningsnivåene sikrer raskere inngang til helsehjelp og forebyggende tiltak, og vektlegging av tverrfaglig samarbeid anbefales for å styrke det forebyggende arbeidet.

Viktigheten av fokus på habilitering og rehabilitering som gjennomgående i vårt totale tjenestetilbud vil bli utdypet og behandlet i «Delplan for habilitering og rehabilitering».

3.1.2 Lærings- og mestringstilbud

På det forebyggende og helsefremmende området er lærings- og mestringstiltak sentralt. De har som formål at pasienter, brukere og pårørende skal få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere sykdom og helseforandringer. Det kan også ha som mål å forebygge eller hindre utvikling av sykdom og funksjonsnedsettelse samt å støtte endring av levevaner for å fremme fysisk og psykisk helse.

God helse og et godt liv handler om mer enn fravær av sykdom. Det handler om å håndtere hverdagen og kjenne tilhørighet i fellesskap også når helseutfordringer oppstår. Tilbud med mål om læring og mestring har vist seg å ha positiv betydning for helse og livskvalitet. Forskning viser at slike tilbud bidrar til gjensidig læring, støtte og håp, samt gir økt mestring og empowerment. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer empowerment innen helsefremmende arbeid som «en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse». Denne definisjonen viser til prosesser både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå.

Lærings- og mestringstilbud er målrettede og strukturerte pedagogiske tilbud for pasienter, brukere og pårørende. Formålet med lærings- og mestringstilbud er at pasienter, brukere og pårørende skal

- få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere sykdom og helseforandringer
- forebygge eller hindre utvikling av sykdom og funksjonsnedsettelse
- gi støtte til endring av levevaner for å fremme fysisk og psykisk helse
- understøtte pasient og brukers egen læringsprosess

Både sykehus og kommuner skal ivareta oppgaver innen læring og mestring (se spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven). Innhold og form på lærings- og mestringstilbud varierer. Felles for tilbudene, både individuelt og i gruppe, er målet om å styrke egenmestring og bedre livskvalitet hos deltakerne. Dette gjøres gjennom å bidra til at deltakerne i større grad blir bevisste egne holdninger og ressurser og tilegner seg relevant kunnskap og ferdigheter.

I **gruppebaserte tilbud** er det også et mål å legge til rette for at deltakerne kan reflektere og utveksle erfaringer med andre i liknende situasjon.

Selvhjelpsgrupper : De fleste av oss føler seg alene når hverdagen er vanskelig og problematisk. Mange tenker: "Det er sikkert bare jeg som har det slik." Men ved å delta i en selvhjelpsgruppe opplever mange et fellesskap og at det å dele tanker, følelser og erfaringer med andre mennesker gir styrke til å gå videre i egne endringsprosesser. Selvorganisert selvhjelp er en forståelse – en måte å tenke på og en måte å tilnærme seg problemer på, en bevisstgjøringsprosess og en aktiv tilnærming til å gjøre nødvendige endringer i livet.

De siste 4 årene har vi i Kragerø kommune til enhver tid hatt aktive selvhjelpsgrupper i gang. Nye grupper startes når det er mange nok som er interessert. For mer info se kommunens hjemmesider <https://www.kragero.kommune.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester/helse/friskliv-laring-og-mestring/selvhelp/>

3.2 Koordinerte tjenester og individuell plan

Personer med en ROP - lidelse har krav på å møte en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet, uansett hvem som har ansvar for de enkelte deler av tjenestene. I et helhetlig pasientforløp er de ulike deler av tjenestene som pasienten trenger satt sammen og koordinert slik at de møter pasientens behov på en hensiktsmessig måte.

Innbyggere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven har rett til å få utarbeidet en Individuell Plan (IP). Med behov for koordinerte tjenester menes at behovet må gjelde to eller flere helse- og omsorgstjenester, det vil si tjenester fra forskjellige tjenesteytere, og at tjenestene bør ses i sammenheng.

I 2001 ble IP hjemlet i helselovgivningen, både for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I tillegg ble den tydeliggjort som en pasientrettighet i pasientrettighetsloven. IP ble senere en rettighet både i sosialtjenesteloven, barnevernloven, NAV-loven og i lov om sosiale tjenester i NAV.

Koordinerende enhet (KE) i kommunen har som hensikt å sikre koordinerte tjenester til de som trenger det. Enheten skal være et sted å henvende seg til for tjenestemottakere og tjenesteytere/samarbeidspartnere. KE har også fått ansvaret for ordningen Individuell Plan og koordinator.

Samhandling er et virkemiddel for å yte gode tjenester til befolkningen. God samhandling er nødvendig for å forhindre at tjenestemottakere faller mellom "tjenestestolene". Å skape god samhandling mellom ulike samhandlingsparter og nivåer er en stor utfordring for alle i helsetjenesten.

I Kragerø kommune utgjør brukere innen psykisk helse og rus ca 20% av alle som har tjenesten IP og koordinator. Det forventes en økning i behovet for koordinering og IP i og med innføringen av pakkeforløp og forløpskoordinering i kommunen.

3.3 Pakkeforløp – et samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten

Myndighetene har innført i 01.01.19 nasjonale standardiserte pasientforløp som skal følges for hver enkelt pasient, såkalt behandlingslinje eller pakkeforløp for psykisk helse og rus. Målet er å bidra til rask utredning og behandlingsstart uten unødvendig ventetid. De lengste behandlingslinjene handler om hele forløpet og beskriver både kommunens og spesialisthelsetjenestens oppgaver.

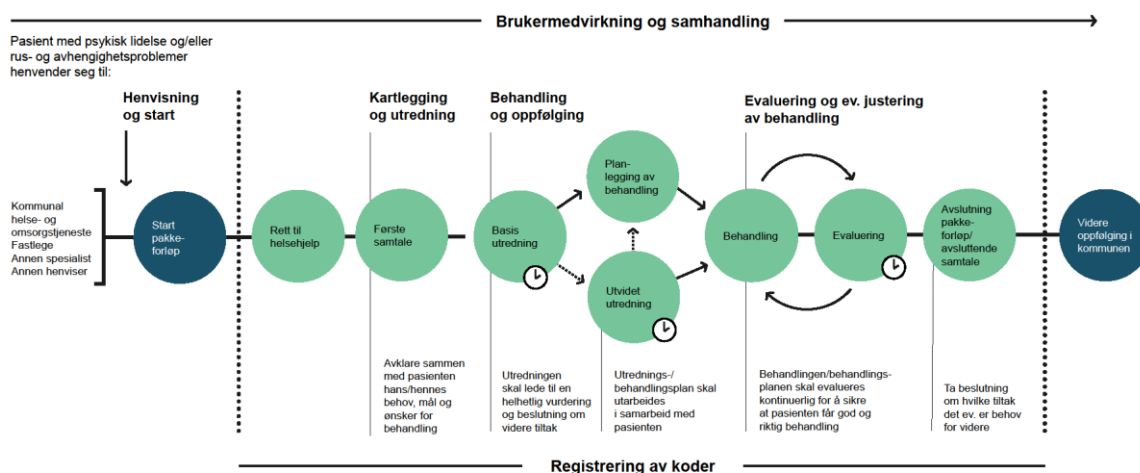
For å bidra til bedre koordinering er det bestemt at det skal være forløpskoordinatorer som skal være tilgjengelig for brukere og pårørende og sikre samhandling. Forløpskoordinatorer skal ha delegert ansvar for og myndighet til å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødig ventetid. Samhandling og samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten er en av de viktigste faktorene som blir løftet opp av veilederne om Pakkeforløp.

Oppgaver i det forløpskoordinerende arbeidet i kommunen psykisk helse og rus:

- informere, veilede og gi råd til pasient og ev. pårørende om pakkeforløp psykisk helse og rus
- samarbeide med forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten
- sikre helhetlig oppfølging med utgangspunkt i pasientens mål, ressurser og behov
- sikre god samhandling mellom aktørene i helsetjenesten, samt andre relevante tjenesteytere
- sikre samordning av tjenestetilbudet
- initiere, innkalle og eventuelt lede møter knyttet til koordinering og ev. individuell plan
- følge opp, evaluere og oppdatere individuell plan
- forberede og koordinere aktuelle tiltak/tilbud i kommunen i god tid før utskrivning, mellom planlagte opphold og under poliklinisk behandling

Pakkeforløp for psykisk helse og rus

⌚ = Forløpstid



Kommunen bør alltid være med på møter når pasienten mottar kommunale tjenester eller trenger kommunale tjenester, og etter utskrivning fra psykisk helsevern, eller mellom planlagte innleggelses i psykisk helsevern. I kommunen er det oftest fastlegen som henviser til pakkeforløp, som får epikriser, behandlingsplan og er ønsket inn i samarbeidsmøter. Det er derfor viktig å kunne avholde møter på andre arenaer enn på fysiske møterom, for eksempel kunne ha en dialog via elektroniske møter på Skype.

3.4.1 Særlige overveielser ved tjenester til personer med ROP- lidelse

Oppfølging og behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse gir grunnlag for en rekke overveielser av etisk karakter. Respekt for brukeren og pasientens autonomi, selvbestemmelse og brukermedvirkning er vektlagt i helsetjenesten og helselovgivningen. Eksempel på dette er pasientens rett til å samtykke og rett til medvirkning og informasjon når han/hun mottar helsehjelp

I arbeidet med ROP- tjenestemottakere kan vi ikke overse at de fleste menneskene vi møter har mange tapsopplevelser, og er ensomme, usikre og utrygge. I fagfeltet psykisk helsevern har den

fransksvenske psykologen og forskeren Alain Topor bidratt til at recovery - begrepet er blitt sentralt. Følgende momenter trekkes fram:

- Vi skaper flere problemer enn vi løser hvis vi jobber på en autoritær måte med paternalistiske trekk
- Uansett funksjonsnivå har alle potensial til bedring
- Vi må bygge oppunder og motivere den enkeltes mestningsressurser – og fokusere minst mulig på sykdom og svikt
- Vi må styrke aktørrollen og gjensidigheten og unngå at brukeren blir sittende fast i rollen som mottaker og offer
- Vi må søke å bygge allianse fremfor å forvente compliance (pasientens/brukerens oppfølging av våre forskrivninger og regler)
- Vi må være utholdende i relasjonen

3.4.2 Mål om helhetlig bedring av livskvaliteten - «recovery»:

Kontaktetablering og relasjonsbygging oppstår over tid. Tillit kan ikke kreves, den må fortjenest. Når det er etablert en god relasjon, er det vesentlig at man har et helhetlig perspektiv på pasientens tilfriskning. Målet er å finne pasientens egne ressurser når det gjelder å finne meningsfylt aktivitet, få jobb, øke det sosiale nettverket, løse økonomiske og boligmessige behov for å øke livskvalitet og selvfølelse. Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres.

Viktige personlige elementer i bedringsprosessen har vist seg å jobbe med

- myndiggjøring,
- tilhørighet,
- håp og optimisme,
- identitet,
- mening og mål.

På engelsk snakker man gjerne om "being in recovery" istedenfor "being recovered". Ingen mennesker opplever en recovery-prosess alene. Familiemedlemmer og andre støttepersoner spiller ofte en avgjørende rolle. I tillegg er sosial inkludering og tildelte sosiale roller i samfunnet også sentralt. Relasjonen mellom ansatte i helsetjenesten og brukeren kan også være et viktig bidrag til recovery for mange mennesker. Kjernen i recovery-orientert praksis er at man beveger seg fra "pasientsentrert" til "personsentrert" hjelp.»

Kilde: <https://www.napha.no/content/13883/Recovery>

3.4.3 Myndighetenes anbefaling for kompetanse og behandling

Stortingsmelding nr 25 «Åpenhet og helhet om psykiske lidelser og tjenestetilbudene» tok sikte på å gi grunnlag for bedre og mer sammenhengende tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Norge har et godt utbygd tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, men det er imidlertid flere forbedringspunkter knyttet til oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåer og koordinering av tjenester. Dette er bakgrunnen for at de første pakkeforløpene for psykisk helse og rus

ble lansert i 2018. Pakkeforløp skal bidra til å løse noen av dagens utfordringer, blant annet når det gjelder variasjon i ventetider, utredning og behandling.

Disse anbefalingene gjelder uavhengig av om behandlingen skjer på kommunalt eller spesialisthelsetjenestenivå):

- Basiskompetanse i relasjonsbygging
- Samtalebehandling som kombinerer kognitiv atferdsterapi med motiverende intervju tilpasset den psykiske lidelsen
- Psykoedukative tiltak som omfatter utvikling av ferdigheter i kommunikasjon og problemløsning til pasienter og pårørende
- Tilbakefallsforebygging
- Anbefalte behandlingsmetoder for de ulike psykiske lidelsene

Det viktigste er kanskje interesse og holdninger. Det handler om respekt og empati, evne til å se verdighet gjennom mye elendighet og brutte avtaler. Men det er i mange sammenhenger også viktig å ha kunnskaper om de spesielle problemene personer kan slite med og som kan bidra til å gjøre avvikende atferd forståelig og dermed lettere å akseptere.

4.0 Beskrivelse av dagens situasjon i Kragerø kommune – målgrupper og antall

I dag er tjenestetilbudet til personer med psykisk helse- og/eller rusproblematikk organisert i 2 virksomheter. Aktivitets- og mestringsteamet (AMT) som er den ambulerende utetjenesten er plassert i virksomhet for Helsetjenester, mens boligene på Sjødamveien 37-39 (6 leiligheter) og Holt (4 leiligheter inkludert 1 KAD-seng psykisk helse/rus) ligger i Virksomhet for omsorgsboliger.

I ny organisering av kommunalområdet vil alle tjenester som omfatter psykisk helse og rus bli samlet i en virksomhet. Fra 2021 vil en slik endring legge til rette for en felles faglig plattform og bedre samarbeid om utvikling av tjenestene i kommende år.

4.1.1 Aktivitets- og mestringsteamet

Fram til Aktivitets- og mestringsteamet (AMT) ble etablert i 2015, var tjenester til personer med psykiske vansker organisert i Enhet for omsorg, mens rusfeltet var under oppbygging i Enhet for Helse og rehabilitering. Bakgrunnen for etablering av AMT, var behov for å samordne psykisk helse og rusfeltet, forsterket gjennom nasjonale føringer. De samme føringene og et tilnærmet samstemt fagfelt, ga i tillegg anbefalinger om å dreie den faglige tilnærmingen fra en tradisjonell biomedisinsk tenkning til å ta i bruk en såkalt salutogenetisk tilnærming, d.v.s. å vektlegge helsefremmende faktorer, framfor den tradisjonelle metoden med vekt på sykdomsfaktorer.

Den faglige tilnærmingen, som går under betegnelsen Recovery, er tilnærmet identisk med tenkningen som ligger til grunn for hverdagsrehabilitering. Recovery-tanken har ligget til grunn for valg av organiseringen av AMT sitt tjenestetilbud og valg av dagarbeidstid. Noe av tanken bak dette er at man ved å tilby tjenester på dagtid så bidrar man til å normalisere brukernes hverdag ift blant annet døgnrytme.

Som følge av endret faglig tilnærming, ble tjenestetilbudet lagt om fra primært å tilby støttesamtaler til å ta i bruk gruppeaktiviteter. Antallet brukere siden 2015 fra steget fra ca. 50 til dagens 136. I tråd med recovery-tenkningen er teamet nå styrket med en erfaringskonsulent. En annen konsekvens av

endret faglig tilnærming har vært at betegnelsen ble endret fra det stigmatiserende Psykiatri og rus-laget til Aktivitets- og mestringsteamet.

Den store økningen i antall brukere innebærer økt press på tjenesten, og er en utfordring i forhold til den vedtatte bemanningsrammen. Fylkesmannens tilskuddsordning for styrking av tjenester på psykisk helse og rusfeltet har gitt muligheter for en midlertidig økning av bemanningen med totalt 5,5 årsverk. Disse tilskuddsmidlene et incentiv til at kommunen på sikt skal opprette nye stillinger. For perioden 2016-2023 vil vi til sammen være tildelt kr ca 10.000.000.

Det må være en målsetting å tilføre ressurser slik forutsetningen for tildeling av tilskuddsmidler legger opp til.

Tjenestetilbudet

Tjenestene utføres på dagtid og tilbys både i form av individuell oppfølging og gruppetilbud.

Individuell oppfølging

Hverdagsmestring:

- samtaler (støtte/veiledning/motivasjonsarbeid/mestringsfokus)
- aktiviteter (kjøreturer/gåturer/treningssenter/sosial trening)
- «system-los» (hjelp folk til å skaffe seg riktig tjenester og hjelp, kontakt med NAV, følge på møter, legetimer, DPS, m.m.)
- administrering av medisiner

Oppfølging i grupper:

«Aktiv rus»:

Ukentlig trening i gymsal

Turer med sosiale aktiviteter i fokus ca. hver 14.dag

Ukentlig svømmetilbud

Psykisk helse og ettervern rusfeltet:

Ukentlig tur i naturen

Oversikten over viser variasjonen og sier noe om innholdet i tjenestene AMT leverer, dog ikke noe om fordelingen av tidsbruk og ressurser på de ulike aktivitetene/brukerne. Det synes at det de siste to-tre år blitt en dreining av tjenestene fra fokus på recovery, aktiviteter og gruppebasert tilnærming til mer individuell oppfølging med fokus på samtaler, medisiner og håndtering av utagerende atferd og bosituasjon. AMT gir også tjenester til enkelte personer med psykisk utviklingshemming og reduserte kognitive funksjoner.

Kommunen skal sørge for helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon til diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering, slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (jfr. målsettingen for BEON-prinsippet).

Viktige rammer og føringer er gitt gjennom en rekke stortingsmeldinger og handlingsplaner.

Tjenestetilbudene til personer med psykisk helse/rusproblemer må drive aktivt informasjonsarbeid og være lett tilgjengelige, ofte i langt større grad enn ved somatiske sykdommer. Dette innebærer at kommunen bør tilby et variert utvalg av lavterskeltilbud som del av sitt helhetlige tjenestetilbud. Lavterskeltilbud skal være lett tilgjengelig, men er vanskelig med lokaliseringen og utformingen av lokalene som Aktivitets- og mestringsteamet disponerer i dag. Det bør søkes å finne mer egnede lokaler med tanke på å gjøre tjenesteapparatet mer tilgjengelig.

Målgrupper

AMT gir tjenester til hjemmeboende personer med utfordringer innen psykisk helse og/eller rus, alder 18-100 med følgende hovedgrupper:

Rask psykisk helsehjelp; forebyggende gjennom rask intervensjon ved livskriser

Unge med psykiske helseutfordringer; kartlegging, evt. videre henvisning til spesialisthelsetjenesten, helsesøster, m.m.

Eldre med lettere psykiske lidelser, f.eks. depresjon

Personer med langvarige psykiske lidelser; støttesamtaler, hverdagsmestring, gruppeaktiviteter

Personer med rusproblematikk; i aktiv rus eller som ettervern

Personer med samtidig rus og psykisk lidelse (ROP)

Antall brukere

Pr. 20.05.2020 tilbyr AMT tjenester til i alt 136 personer. De utgjør dermed en stor avdeling innenfor helse- og omsorgsfeltet.

Fordeling av vedtak på type tjeneste:

Psykisk helsetjeneste: 80 personer

Praktisk bistand/opplæring (rus): 43 personer

Både psykisk helsetjeneste og praktisk bistand/opplæring (rus): 13 personer

Totalt antall personer som får tjenester fra AMT: 136

4.1.2. Dagens rutiner for tildeling av tjenester i AMT

Informasjon om kommunens/AMT sitt tilbud til personer med utfordringer innen psykisk helse og rus, finnes på kommunens hjemmeside, sammen med link til søknadsskjema. Et elektroniske søknadsskjema for kommunalområdet vil snart bli tatt i bruk, og da vil søknadsskjemaet bli direkte integrert i den elektroniske pasientjournalen i fagprogrammet Cosdoc.

Alle tjenester skal tildeles etter vurdering av behov, enten ved:

Henvendelse fra fastlege: Fastlege kontakter AMT, enten via tlf. eller elektronisk melding og formidler ønske/behov om oppfølging angående psykisk helse/rusproblematikk.

Henvendelse fra DPS-sengepost/DPS-poliklinikk: Behandler i avdeling kontakter AMT/tjenestekontor via telefon eller elektronisk melding. Vi får da beskjed om at en person er innlagt/får oppfølging og at det er ønske/behov for oppfølging fra primærhelsetjenesten.

Via søknadsskjema: Personer som ønsker/har behov for oppfølging fra AMT fyller ut søknadsskjema og beskriver sine ønsker/behov for oppfølging. Ved direkte muntlige henvendelser til ansatte i AMT, henvises det til søknadsskjemaet. Alternativt kan forespørselen med begrunnelse for behov/ønske om tjenester leveres skriftlig til Tjenestekontoret eller til AMT.

Jfr. Forvaltningsloven skal alle søknader om tjenester i utgangspunktet besvares innen 1 mnd, ellers blir det sendt et foreløpig svar hvor antatt saksbehandlingstid oppgis. Søknader til AMT har i hovedsak 1-2 ukers behandlingstid (dvs. tid fra søknad/henvendelse er mottatt til oppstart av tjeneste) og ansatte i AMT innhenter ofte informasjon, gjør avtaler og foretar kartlegginger av søkerens ønsker og behov for hjelp, samt gjør vurdering av type og omfang av tjeneste. Saksbehandler ved Tjenestekontoret står for utarbeidelse av skriftlig vedtak.

Tjenestekontoret har ansvar for mottak av elektroniske meldinger fra spesialisthelsetjenesten, og deltar ofte i samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten når det gjelder brukere med omfattende behov for tjenester.

God saksbehandling er viktig for å kvalitetssikre tildelingen av tjenester, og skal ivareta en rekke hensyn som er viktige for pasienter og brukere med behov for helse- og omsorgstjenester. Særlig viktig er det at deres behov blir tilstrekkelig grundig utredet, at de gis mulighet for medvirkning, at rettssikkerheten for øvrig ivaretas og at saksbehandlingen ivaretar grunnleggende personvern hensyn.

Saksbehandlingsprosessen spesielt er for øvrig behandlet i tidligere «Delplan for omsorgsboliger og hjemmebaserte tjenester – samt tjenestetildeling og koordinering».

Kommunen har i dag ulik praksis på kartlegging av nye brukere av helse- og omsorgstjenesten. Mange kartlegginger foretas i dag ute i tjenestene, dels grunnet manglende kapasitet på tjenestekontoret. Dette kan føre til ulik praksis på kartleggingene, og at vi ikke klarer å skaffe fullgod oversikt over situasjonen til brukeren.

Arbeidsgruppen ser at ansvars- og oppgavefordelingen mellom Tjenestekontoret og de ulike fagavdelingene til tider er noe uklar og til dels uhensiktsmessig, og dette bør derfor systematiseres og videreutvikles når kommunalområdets nye organisasjonsstruktur er på plass.

4.1.3 Omsorgsboligene på Holt og Sjødamveien 37-39

Begge boliger er bemannet med personell på døgnbasis.

De som bor i boligene er i aldersgruppen 30-60 år. Brukerbehovene er i hovedsak mye likt, med hjelp til legemiddelhåndtering, bistand til å få struktur på hverdagen, oppfølging med tanke på mestring i det å bo (ADL trening), handling, ernæring, praktisk bistand med og uten opplæring, aktivisering, kjent personale osv. Brukerne kan være utagerende og svært dårlige til tider, og personalet er ofte i kontakt med politi og legevakt.

Det er gitt signaler om økende behov for ROP-boliger. Arbeidsgruppen mener i denne sammenheng at det bør vurderes om det er mulig å bygge ut eksisterende boliger. Leiligheter som ligger litt unna personalbase kan være for dem som ikke har store behov for kontinuerlig oppfølging, og vi ser at midlertidig botilbud i en «treningsleilighet» gir stor gevinst for enkelte som på sikt kan mestre det å bo i en ordinær leilighet.

4.2 Brukerorientering og brukernes forventninger til fremtidens tjenester

Målet med fremtidens helsetjeneste er å øke mestring og livskvalitet, forebygge funksjonsfall og gi rett hjelp til rett tid. Sentralt i pasientens helsetjeneste er at alle skal få hjelp til å mestre livet i tråd med egne mål og ønsker. Derfor er det avgjørende at kommunen tar i bruk verktøy som kan identifisere dem med høy risiko for å utvikle sykdom og økt hjelpebehov, noe som er viktig for å legge til rette for systematisk kartlegging for å kunne målrette den forebyggende innsatsen.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir rett for pasienter og brukere til å medvirke ved utformingen av sitt eget tjenestetilbud, og sier at kommunen skal legge stor vekt pasienten/brukerens mening ved utformingen av tjenestetilbudet som det skal fattes enkeltvedtak om.

Økt brukerinnflytelse fordrer at alle kommuner har en systematisk tilnærming til hvordan pasienter og brukere involveres i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Sentrale perspektiver som

empowerment og recovery bør prege tjenesteytingen. Brukermedvirkning skal sikre at brukere likebehandles, og at de gis et likeverdig og forsvarlig tilbud av god kvalitet tilpasset brukerens behov og ønsker. Brukermedvirkning bidrar til bedre og mer målrettede tjenester, fordi erfaringskunnskap og fagkunnskap sees i sammenheng. Erfaringskunnskapens styrke ligger i de jevnlig tilbakemeldingene fra dem som benytter tjenestene. Brukerne tilfører nye perspektiver og idéer til kvalitetsforbedring. Tilsetting av medarbeidere med brukererfaring styrker brukerperspektivet i tjenestene, og i Kragerø har vi gjort oss svært gode erfaringer med erfaringskonsulent innen rus og dette fremmer en recoveryorientert praksis. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i bedringsprosessen.

Det vil sannsynligvis alltid være brukere som har behov for tjenester på døgnbasis hele uken igjennom, og man bør derfor ta stilling til hvordan kommunen skal organisere tjenestetilbudet fremover. Brukernes behov for tjenester må være avgjørende for tildeling av tjenester. Gode interne samarbeidsrutiner, krav til kompetanse og valg av organisatoriske løsninger er viktige stikkord for å skape et likeverdig og helhetlig tjenestetilbud til personer med psykiske lidelser og/eller avhengighetsproblematikk.

4.3.1 Kompetansebehov innen psykisk helse og rus

I tråd med samhandlingsreformen er behandlingsoppholdene blitt kortere ved de psykiatriske sykehusene og distriktpsykiatriske sentrene (spesialisthelsetjenesten). DPS'ene er også gitt strengere retningslinjer for prioriteringer av søknader. Dette gir seg utslag i at det er flere personer med sammensatte og alvorlige utfordringer, som blir avvist av DPS'ene og som kommunene får ansvar for å gi oppfølging. Dette gir økt behov for ressursmessig kapasitet og mer spesialisert kompetanse i de kommunale tjenestene.

AMT har i dag kun to ansatte med videreutdanning innen psykisk helse og ingen med videreutdanning innen rusfeltet, noe som er lavere enn lands- og fylkesgjennomsnittet. Ansatte oppfordres til å benytte seg av kommunens tilbud om videreutdanning, men dette er krevende å kombinere med jobb og privatliv.

4.3.2. Vold og trusler – en økende utfordring for våre ansatte og tjenestetilbudet

Ansatte innen helserelaterte yrker tilhører den gruppen av arbeidstakere i Norge som er mest utsatt for vold og trusler. Det sees en stadig økning i antall episoder med vold eller trusler om vold. I enkelte miljøer med mye rusbelasting oppleves det stadig oftere episoder som er krevende for personalet som skal yte tjenester. Det stilles derfor store krav til ansattes både formelle og erfaringsbaserte kompetanse samt personlig egnethet - og ikke minst gode rutiner for risikovurdering og oppfølging av ansatte.

Ved arbeid som kan medføre risiko for å bli utsatt for vold og trussel om vold skal det gis nødvendig opplæring og øvelse i forebygging og håndtering av vold- og truslesituasjoner, samt i bruk av eventuelt sikkerhetsutstyr. Arbeidsgiver skal sørge for at opplæring og øvelse gjentas og tilpasses vesentlige endringer i risikovurderingen og ellers når det er nødvendig.

Gode tiltak for å forebygge truslesituasjoner er også viktig for å nå frem med tjenester til en gruppe, som ofte har et stort behov og en hjemlet rett på et tjenestetilbud.

4.4 Velferds- og trygghetsteknologi

Velferdsteknologi har potensiale til å forbedre livskvalitet for brukere og effektivisere pleie- og omsorgstjenesten. Kragerø kommunestyre vedtok i 2015 «Strategi- og handlingsplan 2015-2020 for implementering og bruk av velferdsteknologi i Kragerø kommune». velferdsteknologi er brukerrettet teknologi som skal understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet og selvhjulpenhet.

En målsetting for Kragerø kommune bør være at velferdsteknologiske løsninger ikke bare innføres som et lavterskeltilbud for å utsette tildeling av mer tradisjonelle tjenester, men også innføres på alle tjenesteområder innen helse- og omsorg. Dette vil være en viktig forutsetning for å kunne redusere bemanningsbehovet i fremtiden.

En del av brukergruppen innen psykisk helse- og rusarbeid har store utfordringer som er av en slik art at de kan ha vansker med å nyttiggjøre seg ny teknologi og digitale løsninger. Likevel kan man ikke se bort ifra at digital kommunikasjon kan oppfattes som mindre «krevende» og dermed gjennomførbart (*hentet fra Sintef rapport 2017*)

Eksempler på bruk av velferds- og trygghetsteknologi for denne brukergruppen kan være:

- Trygghetsalarmer
- Digitalt tilsyn: forstyrrer ikke tjenestemottakeren på natten, men kan samtidig ivareta brukerens behov for trygghet og sikkerhet.
- Spesialtilpassede nettbrett og tavleteknologi for sosial kontakt, huskelister etc.
- Røykvarslere automatisk tilknyttet brannvesenet
- Automatisk medisindispenser: En automatisk medisindispenser kan for mange pasienter bidra til riktig medisineringsstidspunkt. Dette gir trygghet for både bruker og kommunen, bidrar til bedre kvalitet på medisineringen og gir dermed også potensielt bedre helse for bruker. I tillegg opplever en del brukere økt selvstendighet, mestring og frihet gjennom at de klarer gjennomføre medisineringen selv og ikke lenger trenger besøk fra hjemmetjenesten til dette formålet.
- Ulike former for sensorteknologi kan være: fallsensor, bevegelsessensor, kroppssensor for måling av vitale parametere
- Telemedisinsk avstandsoppfølging for personer med kronisk sykdom (KOLS, diabetes, hjertesvikt m.m.)

Det kan nevnes at vi nå er i ferd med å ta i bruk multidosedispenser hos et utvalg (7 stk) av brukerne innen psykisk helse. En slik medisindispenser hjelper brukeren med å ta rett medisin til rett tid, og bidrar til økt selvstendighet og mestring av egen helse. Plassering av dispenser med den hensikt at bruker må bevege seg for å hent sine medisiner, gir økt fokus på hverdagsmestring.

5.0 Tjenestetilbud til personer med psykisk helseproblemer og/eller rusrelaterte problemer

Arbeidet med miljørettet helsevern skal forebygge helsebelastninger for den enkelte og samfunnet som helhet. Det må fokuseres på forebygging, behandle tidligere og samhandle bedre for å bidra til økt velferd for innbyggerne og dermed oppnå redusert forbruk av spesialhelsetjenester.

Det er brukerens mål for eget liv som skal legges til grunn ved utforming av tjenestetilbudet. Habilitering og rehabilitering er helsetjenester med sterk vekt på forebygging og tidlig intervensjon. Hva som er mulig å oppnå i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess er tett knyttet

opp til hvorvidt behovet blir identifisert og tiltak satt inn på et tidlig tidspunkt. Tiltak som settes inn på riktig tidspunkt gir bedre effekt og ressursutnyttelse, og kan forebygge og redusere behov for tjenester på sikt.

Ved å identifisere strukturelle og individuelle forhold som innvirker på psykisk helse eller rusmiddelbruk, kan tjenestene tilrettelegge for en mer bevisst og systematisk håndtering av muligheter og barrierer i utformingen og organiseringen av tjenestetilbudet. I behandlingsalliansen mellom bruker og tjenesteutøver bør det vektlegges en god relasjon mellom bruker og tjenesteutøver/behandler. Det må innhentes systematiske tilbakemeldinger fra bruker til tjenesteutøver. Tverrfaglig samarbeid - tilgjengelighet – kontinuitet – individuell tilpasning er viktige nøkkelbegrep for å lykkes.

Dagsenter og aktivitetstilbud, fritidskontakt og tilbud via Frisklivsentralen og andre tiltak i regi av de ulike tjenestene i kommunen og ikke minst innsatsen fra frivillige, bidrar til sosialt fellesskap og positive aktiviteter. Ved å aktivere samfunnets og innbyggernes frivillige ressurser til å ivareta hverandre og seg selv på en bedre måte, vil det bidra til et lokalsamfunn som fremmer identitet og tilhørighet. Dette vil bidra til å skape et mer attraktivt og trygt samfunn, der vi får større grad av sosial støtte og bærekraft i nærmiljøet for våre innbyggere – gamle som unge.

En etablering av et aktivitetssenter, gjerne sentrumsnært, vil fremme trivsel og forebygge ensomhet, og føre til at man i mindre grad er i behov av andre tjenester fra kommunen. Vi vet at ensomhet fører til redusert livskvalitet, noe som igjen gir risiko for utvikling av sykdom og ulike helseplager.

Kragerø kommunes tjenester rettet mot psykisk helse og rus bruker nå mye av ressursene sine på svært syke mennesker med omfattende og sammensatte behov. Dette resulterer blant annet i en kapasitetsmessig utfordring i forhold til tilbud til mennesker med lettere og moderate psykisk helse- og rusutfordringer

5.1. Lavterskeltilbud

Lavterskeltilbud kan være brukerstyrte tilbud, ambulante og aktivt oppsøkende tjenester hvor kommune og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen om å gi samtidige tjenester bør tas i bruk og videreutvikles til brukere med alvorlige og langvarige lidelser.

Eksempel på et lavterskeltilbud: Likemannsprosjektet i Grenland

Likemannsarbeidet i Grenland har pågått siden 2017, og har vært et samarbeidsprosjekt mellom ti likeverdige aktører; STHF, Borgestadklinikken, NAV, A-larm og de seks Grenlandskommunene Siljan, Skien, Porsgrunn, Bamble, Drangedal og Kragerø.

Bakgrunnen for prosjektet var at Telemark scoret høyt på bruk av rusmidler. Kartlegging viste at Grenland skiller seg spesielt ut når det gjelder personer med alvorlig funksjonssvikt. Mange av dem er unge, har lav sosial fungering og manglende nettverk (over landsgjennomsnittet - jfr. Brukerplan 2013).

Målgruppen for prosjektet har vært;

- Unge rusmiddelavhengige (i hovedsak 18-30 år)
- De som står i fare for å falle utenfor samfunnsstrukturer
- De som er på vei inn i et behandlingsforløp
- De som er under behandling/rehabilitering

I prosjektperioden (01.01.17-31.12.19) har det overordnede målet vært å prøve ut en ny samarbeidsmodell for å oppnå bedre resultater og oppfølging av personer med rusrelatert

problematikk. Middelet for å nå målet har vært å ta i bruk erfaringskompetanse i form av likemenn. En likemann er en tidligere rusmiddelavhengig som skal fungere som mentor og motivator for målgruppen for prosjektet. Tanken er at likemannen skal fungere som et supplement til det øvrige hjelpeapparatet ved at de skal være tilgjengelig utenfor ordinær arbeidstid.

5.2. Andre tilbud og tjenester

- Aktivitet: Aktivitet og mestring er essensielt for å komme ut av eller å bedre sin psykiske uhelse. Derfor har AMT siden 2015 hatt stort fokus på å aktivisere og sosialisere pasientene slik at de kan komme på andre og bedre tanker. Det ligger en egen kraft i det å gjennomføre noe. Mestringsfølelsen er fantastisk og det er en følelse som fort glemmes og forsvinner. Derfor er viktig å hente frem igjen denne, i form av den type aktivitet som er relevant. Er det å komme seg utenfor døren, gå en topp, dra på NAV, score et mål, svømme 500meter, eller snakke med et annet menneske. Det er svært individuelt hvordan man oppnår bedring, men ved å føle mestring, bedres selvfølelsen og selvilliten og dermed også en persons psykiske helse
- Støttesamtaler
- Helsehjelp i hjemmet tildeles for å hjelpe dem som av fysiske og/eller psykiske årsaker ikke selv klarer å ivareta egen livssituasjon eller helse på en forsvarlig måte. Dette kan betinge hjelp til: personlig stell og hygiene, hjelp til opprettholde ernærings- og væskebalanse, nødvendig aktivitet, søvn og hvile, respirasjon, sirkulasjon og varmeregulering
- Praktisk bistand

6.0 Boliger for personer med psykisk helse/rus relaterte utfordringer

Å skaffe permanent bolig er ikke en lovpålagt plikt for norske kommuner, men kommunene har plikt til å medvirke til å skaffe bolig til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet (jf.helse og omsorgstjenesteloven § 37, sosiale tjenester i NAV § 15 og IS 1554). Bolig skaper trygge rammer og forutsigbarhet og bør være på plass ved utskrivelse fra institusjon eller sykehus.

I Stortingsmelding 30 (2011-2012) «En helhetlig rusmiddelpolitikk» står det at «egnet bolig gir den enkelte trygghet og vil ofte være en forutsetning for at andre tjenester vil være virksomme». Med andre ord, egnet bolig er en grunnleggende forutsetning for et verdig liv, også evnen til å ta imot nødvendig hjelp.

Bolig for velferd er en nasjonal strategi for boligsosialt arbeid. Da Kragerø kommune ble tatt inn i Husbankens kommuneprogram i 2016/2017 (Kommunestyret vedtok dette i oktober 2016), forpliktet vi oss til å jobbe for å oppnå målsettingene:

1. Alle skal ha et godt sted å bo
2. Alle med behov for tjenester skal få hjelp til å mestre boforholdet
3. Den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv

I kommunen bør det finnes boligløsninger på ulike innsatsnivåer. I denne pasientgruppen har mange et mål om å komme seg, få egen bolig og klare å bo selvstendig. Hjelpeapparatet og bruker jobber sammen fram en bedret funksjonsevne og økt mestring. Det er ofte en langsiktig prosess, og krever innsats på flere områder samtidig. Der mestringen kommer kan innsatsen reduseres i takt med økt funksjon og bedret livskvalitet.

Noen personer med alvorlig psykisk lidelse har lav sosial kompetanse, slik at selvstendig bolig vil kunne forsterke ensomhet. Da vil samlokaliserte boliger, eventuelt med fellesarealer og personalbase, kunne være et godt tilbud. Utformingen av boligen, både antall boenheter og planlegging av fellesarealer og hvilken funksjon de skal ha er viktig for å skape gode bomiljøer.

Det er større behov for individuelt baserte botilbud enn store botiltak, og det er ofte en fordel at personer med lav boevne og utfordrende atferd bor i mindre eller separate boenheter. Samlokalisering med fellesarealer kan øke konfliktnivået, og det er viktig å ta med beboerne på råd. Engstelige og forsiktige personer kan imidlertid fungere godt i litt større grupper.

Ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten av personer med ROP- lidelser med store hjelpebehov, er det nødvendig at kommunen og helseforetak samarbeider om behandlingen, organisering av det samlede tilbudet og gjerne også om økonomiske løsninger. Lavterskel botilbud eller bruk av midlertidige boliger kan være nødvendig, men i bør benyttes i begrenset omfang.

6.1 Housing First – modell for varig bosetting av personer med psykisk helse/rusproblematikk

Housing First er en kunnskapsbasert modell for varig bosetting av bostedsløse med rusmiddelavhengighet og/ eller psykiske helseproblemer. Modellen bygger på prinsipper om at tilgang til bolig er en grunnleggende menneskerett og at bruker skal ha reell medbestemmelse knyttet til valg av bolig og hvilken type oppfølging han/hun skal få. Først finner man et godt og egnet sted å bo, deretter driver man oppfølging etter brukerens behov og ønsker.

- Modellen bygger på en evidens for at personer med omfattende tjenestebehov kan oppnå bostabilitet med sosial støtte og tett individuell oppfølging.
- Undersøkelser i USA viser at denne måten å jobbe på fungerer. 85 prosent blir boende i sine boliger, og rusmiddelmisbruk og kriminalitet reduseres samtidig som livskvaliteten øker (Husbanken 2013).
- Modellen henter inspirasjon fra sentrale utviklingstrekk innen rus og psykisk helsefeltet som de-institusjonalisering, normalisering, brukermedvirkning og recovery. Den bygger delvis på fagideologiske ideer knyttet til skadereduksjon, rehabilitering og sosial inkludering.

Å ha et hjem er ikke bare et grunnleggende menneskelig behov, det er også en viktig motivasjonsfaktor for å kunne gjøre endringer i eget liv. Housing First kom som en reaksjon på at bostedsløse måtte gjennom botrening, rehabilitering eller behandling før det i det hele tatt ble aktuelt å få tildelt egen bolig. Innsatsen rettes mot å styrke brukerens livssituasjon på ulike livsområder, som bolig, økonomi, nettverk, helse, rusproblematikk, utdanning og arbeid. Den individuelle oppfølgingen skal være basert på kunnskapsbaserte metoder. Blant metodene som særlig fremheves i denne forbindelse er ACT (Assertive Community Treatment) og ICM (Intensiv Case Management).

I den opprinnelige modellen for Housing First anbefales åtte prinsipper som et Housing First skal følge (Tsemberis 2010):

- Bolig er en grunnleggende rettighet
- Respekt, varme og medmenneskelig ovenfor alle brukere
- Man skal forplikte seg til å arbeide med brukerne så lenge de har behov
- Framskaffelse av boliger i ordinære bomiljø
- Skille mellom bolig og tjenester

- Tjenestene skal ta utgangspunkt i brukerens behov og deres rett til selvbestemmelse
- Recovery-orienterte prinsipper skal styre tjenestene
- Skadereduksjon

Til sammen 19 norske kommuner har pr. 01.01.2017 igangsatt egne Housing First prosjekter. Prosjektene er finansiert av både Husbanken, Helsedirektoratet, Fylkesmennene i tillegg til kommunene sjøl. Rapporten fra Rambøll (2012) konkluderer med at det er gode muligheter for å få til å jobbe etter Housing First-modellen, også i Norge.

Kragerø kommune har pr i dag to omsorgsboliger med tilknyttet personell på døgnbasis som yter tjenester til mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk, til sammen ni leiligheter og en akutt døgnplass. Boligene ligger geografisk spredt, og det er en utfordring å kunne benytte personalet på tvers mht sikkerheten til ansatte og ved akutte hendelser. Leilighetene er relativt store, har manglende fellesareal, og har ellers en bygningsmessig utforming som ikke gir optimal oversikt og mulighet for å bistå den enkelte med å ha kontroll på besøkende.

I Kragerø kommune har vi en mangel på egnede boliger for gruppen ROP. Vi ser behov for flere boliger enn det man har tilgjengelig, vi trenger andre typer boliger enn vi har pr i dag og vi trenger personell til å yte tjenester knyttet til bolig.

Det må vurderes hvor mange enheter det er hensiktsmessig å samlokalisere. En må legge til rette for botilbud som kan begrense uro og utrygghet. I noen boliger vil det være behov for personell med tverrfaglig kompetanse og erfaringer innen rus og psykisk helse feltet, som kan skape trygge rammer.

Det er Kragerø kommunale Boligstiftelse som eier og drifter boligene Kragerø kommune disponerer for utleie. De melder om at det begynner å bli vanskelig å opprettholde forretningsmessig forsvarlig drift på grunn av stadig oftere store og kostnadskrevende reparasjoner på grunn av skadeverk i leilighetene. Dette er ikke en holdbar situasjon.

Boligkontoret i kommunen har kartlagt hele den kommunalt disponerte boligmassen i forhold til risiko/egnethet. Det er brukt fargekoder etter trafikklys-modellen:

Grønn: vanlig bolig uten ekstra sikring. Har røykvarsler og brannslukningsapparat.

Gul: bolig med ekstra brannsikring, vannsikring og komfyrvakt. Systematisk tilsyn

Rød: boliger med ekstra brannsikring direkte varsling til brannvakta, vannsikring og komfyrvakt. Robuste materialer i vegger, tak og gulv. Ekstra solide vinduer og ekstra hengsler på alle dører. Skjult elektrisk anlegg og gulvvarme. Teknisk rom med utvendig adkomst. Systematisk tilsyn eller evt bemanning.

Kragerø kommune har for tiden ingen røde boliger, mens vi anslår at vi pr. d.d. har ca 10 personer som trenger en slik bolig. En annen utfordring er at det ofte er vanskelig for tjenesteapparatet å komme i posisjon til enkelte. Det er frivillig å ta imot tjenester/hjelp, og det er ofte de som kanskje trenger det mest som ikke klarer å nyttiggjøre seg tilbudet de får.

Med bakgrunn i AMT og Boligkontorets kjennskap til denne brukergruppa i Kragerø, mener vi at behovet for boliger til denne gruppa fordeler seg omtrent som følger:

1. **Omsorgsboliger for personer med utfordringer innen ROP, med varig kognitiv svikt og nedsatt boevne** – ble foreslått av politikere da boligsosial handlingsplan var oppe til behandling i 2017.

Dette gjelder eldre, slitne brukere i aktiv rus med varig kognitiv svikt og liten eller ingen boevne. Vi mener at disse trenger bemannet omsorgsbolig, og at dette eventuelt kan etableres i nåværende boligmasse da de i liten grad har utagerende atferd. **Antall pr. d.d. 6-8 personer.**

2. **Robuste permanente boliger med tilsyn/oppfølging (rød bolig)**

Dette er personer i aktiv rus med noe utagerende atferd som trenger mye tilsyn/oppfølging men samtidig klarer en del selv

Antall pr. d.d. 3-4

3. **Robuste permanente boliger med døgnbasert personalbase (rød bolig)**

Personer i aktiv rus med utagerende og truende atferd som ødelegger boligene sine, og som trenger trygghet og tett oppfølging for å klare hverdagen. **Antall pr. d.d. 6-8**

4. **Treningsleiligheter med tett oppfølging og krav til rusfrihet**

Tilbud til de som kommer rusfrie fra endt soning eller behandling. Dette bør være et tilbud som varer i maksimum 1 1/5 – 2 år for å styrke den enkeltes boevne på veien mot egen bolig. I denne perioden er det viktig at personen har et jobbrelatert tilbud på dagtid, og oppfølging i boligen på ettermiddag/kveld.

En oversikt fra NAV viser at det er en del personer med begrenset boevne som trenger tettere oppfølging i forhold til å disponere egen bolig. Det er behov for styrking av tidlig innsats, veiledning og oppfølging på dette feltet, og det er ønskelig med et tettere samarbeid med NAV og boligstiftelsen for å få det til. Økt personellressurs som kan bistå i dette vil være et viktig tiltak.

Tiltak som kan styrke boevnen er kanskje et av de mer sentrale områdene i planen. Bolig er sentralt for å skape stabilitet og forutsigbarhet i hverdagen. Bolig og et verdig liv henger tett sammen. En bedre koordinering av tjenestene mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten vil gi et bedre og helhetlig tilbud til den enkelte. Og ofte være en forutsetning i forbindelse med innsøking til eller utskrivning fra institusjon.

7.0 Tiltaksdel med anbefalinger for videre drift

- Utarbeide styringsdokumenter for tjenestene og tjenestebeskrivelser med konkrete vilkår for tildeling. Vedtakene bør tidsavgrensas og effekten av tjenesten evalueres før vedtaket videreføres eller endres
- Arbeidsgruppen foreslår at kartlegginger løftes ut av tjenestene. Tjenestene kan bidra med nødvendige innspill, men det overordnede ansvaret bør organiseres på en annen måte- i tett samarbeid med tjenestekontoret. Kartleggingen må være tverrfaglig, og tilstrebe å avdekke behov og potensiale for tidlig innsats /rehabilitering. Det bør også utarbeides rutiner for systematisk oppfølging over tid, og også interne rutiner for å melde endrede behov for tjenester som helsepersonell oppdager i sin tjenesteutøvelse.
- Fokus på rett tjeneste til rett tid av tjenesteutøver med rett kompetanse
- Organisering og videreutvikling av det fremtidige tjenestetilbudet innen psykisk helse og avhengighet settes på dagsorden når ambulante tjenester og boligstjenesten blir samlet i

samme virksomhet i løpet av høsten 2020. En grundig kartlegging av behov for tjenester på dag/kveld/natt bør foretas.

- Tilstrekkelig antall døgnbemannede boliger og andre boliger som er egnet for personer med utfordringer innen psykisk helse og rusproblematikk/ROP.
- Aktivitetshus med egnede lokaler for den ambulante utetjenesten, med kontorer, samtalerom, rom for sosiale arrangementer og bedre tilgjengelighet for brukerne
- Økt kompetanse og økt kapasitet innen psykisk helse/rusfeltet. Den økende kompleksiteten i problemstillingene til personene som søker seg inn i AMT, gjør at det er behov for flere miljøterapeutstillinger med videreutdanning innen psykisk helse- og rusfeltet.
- Tilsetting av kommune psykolog

8.0 Økonomiske utfordringer

Utviklingen i omsorgstjenestene må vurderes ut fra det samlede tilbudet i både sykehjem, omsorgsboliger med heldøgns bemanning, tilpassede boliger uten døgnbemanning og tjenester som gis i pasientenes eget hjem.

Kostnadskrevende tiltak må innarbeides i økonomiplanen, og behovet for ulike boliger må ses i sammenheng med kommunens helhetlige og langsiktige samfunnsplanlegging på tvers av fagområder. Det må satses på forebygging, helsefremming og rehabilitering for å utsette økt behov for tjenester, samtidig som innbyggere med tjenestebehov må få dekket disse. Organiseringen og utviklingen av tjenestene er også viktig for å utnytte kompetanse og ressurser mest mulig effektivt.

8.1 Driftsutgifter og investeringsbehov

- 1) Bygging av 5-10 robuste boliger for personer med rusproblematikk
- 2) Aktivitetshus med kontorlokalteter for AMT, evt husleiekostnader
- 3) Boliger tilrettelagt for heldøgnsomsorg – enten nybygg eller ombygging av eksisterende boligmasse. Lønns- og andre driftskostnader må regnes med
- 4) Rekruttering og tilsetting av kommunepsykolog. Psykologstilling er lovpålagt fra 01.01.20, men så langt har man ikke lyktes med å rekrutteringen. Lønnsmidler er innvilget og avsatt på fond i 2019
- 5) Oppretting av 1,5 årsverk miljøterapeut på rusfeltet og 0,5 årsverk for miljøterapeut/miljøarbeider boligrettede tjenester/ praktisk bistand opplæring for å øke kapasiteten i tråd med intensjonene i Fylkesmannens tilskuddsordninger