



Plan for rus- og psykiatritjenesten

Halden kommune 2016-2019

Mars 2016



Innholdsfortegnelse

1.	INNLEDNING	3
2.	SAMMENDRAG	4
2.1	FORSLAG TIL ENDRINGER OG NYE TILTAK	4
2.2	FORSLAG SOM HAR DIREKTE ØKONOMISKE KONSEKVENSER	7
3.	HISTORISK TILBAKEBLIKK.....	8
3.1	OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE	8
3.2	PSYKIATRI- OG RUSPLANER I HALDEN KOMMUNE	8
3.3	ORGANISERING.....	8
4.	RAMMEBETINGELSER.....	10
4.1	AKTUELT LOVVERK.....	10
4.2	SAMHANDLINGSREFORMEN	10
4.3	NASJONALE VEILEDERE OG FAGLIGE RETNINGSLINJER	11
4.3.1	<i>Sammen om mestring</i>	<i>11</i>
4.3.2	<i>Retningslinje - utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser</i>	<i>11</i>
4.3.3	<i>Retningslinjer - ROP-lidelser.....</i>	<i>11</i>
4.3.4	<i>Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer.....</i>	<i>12</i>
4.3.5	<i>Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord</i>	<i>12</i>
4.4	ØKONOMISKE RAMMEBETINGELSER	13
5.	PSYKISK HELSEARBEID OG RUSARBEID I HALDEN.....	14
5.1	FOREKOMST AV PSYKISKE LIDELSER OG RUS I HALDEN.....	14
5.2	SØKNAD, KARTLEGGING OG TILDELING AV TJENESTER.....	14
5.3	BEHANDLINGSMETODER.....	15
5.3.1	<i>Behandlingssamtaler/støttesamtaler</i>	<i>15</i>
5.3.2	<i>Rådgivning økonomi, bolig.....</i>	<i>15</i>
5.3.3	<i>KID - Kurs i Depresjonsmestring.....</i>	<i>15</i>
5.3.4	<i>En-/flerfamiliegrupper.....</i>	<i>15</i>
5.3.5	<i>Angstmestringskurs</i>	<i>16</i>
5.3.6	<i>Motiverende intervju – MI.....</i>	<i>16</i>
5.3.7	<i>Individuell plan</i>	<i>16</i>
6.	EGNE TJENESTER – STATUS OG EVALUERING	18
6.1	ORGANISERING AV TJENESTENE	18
6.2	PSYKIATRITIMEAMET	19
6.3	PSYKOSOSIALT KRISETEAM	21
6.4	AKTIVITETSSENTERET	22
6.5	KONGLELUNDVEIEN BOLIGER.....	23
6.6	RUSTEAMET	25
6.7	AMBULERENDE TEAM.....	27
6.8	BOLIGER.....	29
6.9	PROSJEKTER	30
6.9.1	<i>Oppsøkende rusteam i Halden (ORTH).....</i>	<i>30</i>
6.9.2	<i>Helsestasjon for rusbrukere</i>	<i>30</i>
6.9.3	<i>Møteplass rusavhengige.....</i>	<i>30</i>
7.	SAMARBEIDSPARTNERE.....	32
7.1	KOMMUNALE SAMARBEIDSPARTNERE.....	32
7.1.1	<i>Koordinerende fellestjenester.....</i>	<i>32</i>
7.1.2	<i>Pleie- og omsorgstjenesten.....</i>	<i>32</i>
7.1.3	<i>Fastlegene</i>	<i>34</i>
7.1.4	<i>NAV.....</i>	<i>34</i>
7.2	SPECIALISTHELSETJENESTEN	34
7.2.1	<i>Sykehuset Østfold – Kalnes</i>	<i>34</i>

7.2.2	<i>Distriktpsikiatrisk senter Halden/Sarpsborg (DPS)</i>	35
7.2.3	<i>Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)</i>	35
7.2.4	<i>Sosialmedisinsk poliklinikk (SMP)</i>	35
7.2.5	<i>Samhandling</i>	35
7.3	BRUKERORGANISASJONENE	36
8.	KOMPETANSE	37
9.	NYE UTFORDRINGER	38
9.1	SAMHANDLINGSREFORMEN	38
9.1.1	<i>Overføring av utskrivningsklare (USK) – pasienter</i>	38
9.1.2	<i>Kommunale akutte døgnplasser (KAD)</i>	39
9.2	OPPTRAPPINGSPLAN FOR RUSFELTET (2016-2020)	39
9.3	ASYLSØKERE OG FLYKTNINGER	40

1. INNLEDNING

Norske og internasjonale studier viser at 30-50 prosent av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet (Kessler, 2005a, Mykletun, 2009).

- 30 prosent får en angstlidelse
- 25 prosent får en stemningslidelse (hovedsakelig depresjon).
- 10-20 prosent får en ruslidelse.
- 1-2 prosent får schizofreni eller en annen psykoselidelse

Mange som rammes av en psykisk lidelse er imidlertid aldri i kontakt med helsetjenesten. I 2008 oppsøkte rundt 12 prosent av den voksne befolkningen primærlege for psykiske plager (Helsedirektoratet, 2010), og i perioden 2008-2012 mottok rundt 3 prosent behandling i spesialisthelsetjenesten for denne type lidelser.

Dette er med andre ord lidelser som i økende grad rammer en stor del av befolkningen og som derfor også krever en vesentlig del av behandlingsapparatets kapasitet.

Bakgrunnen for at det nå er skrevet en ny plan er stadig nye sentrale retningslinjer og føringer som pålegger kommunene endrede oppgaver. En av flere faktorer i denne sammenheng er samhandlingsreformen. Dette krever en tjeneste i kontinuerlig endring, og den foreliggende planen skal være en hjelp i dette arbeidet.

Planen er utarbeidet av områdeleder for rus og psykiatri Marit Skauge Johnsen og enhetsleder for Enhet basistjenester/kommuneoverlege Halvard Bø. Det har vært avholdt møter med de forskjellige avdelingene hvor en har evaluert oppgaver og arbeidsform og hvor avdelingene har gitt innspill til planen. Også øvrige deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten har kommet med innspill når det gjelder sine behov for bistand fra rus- og psykiatritjenesten.

Etter innledningen følger et sammendrag av forslagene til endringer og nye tiltak – først en oversikt over tiltakene i den rekkefølgen de fremkommer i planen og deretter en sammenfatning av tiltakene som har direkte økonomiske konsekvenser.

Planen gir et historisk tilbakeblikk og en oversikt over rammebetingelser, forekomst av denne typen lidelser i Halden, samt behandlingsmetoder. Deretter følger en beskrivelse av hver enkelt av dagens tjenester med en påfølgende evaluering og forslag til forbedringer og endringer. Det gis videre en oversikt over interne og eksterne samarbeidspartnere. Kompetanse har fått et eget kapittel da dette er sentralt i de endringene som tjenestene står overfor. Avslutningsvis beskrives nye utfordringer og hvilke konsekvenser disse har for tjenestene.

Etter behandling av planen på kommunalsjefnivå, legges planen frem for politisk behandling i Hovedutvalget for helse og omsorg i april 2016.

2. SAMMENDRAG

2.1 Forslag til endringer og nye tiltak

Nedenfor følger et sammendrag av forslagene til endringer og nye tiltak i den rekkefølgen de fremkommer i planen.

Organisering av tjenestene

- Samordningen av tjenestene i ett fagområde videreføres og vurderes organisert som egen enhet direkte under kommunalsjefen eller som en avdeling i Helsehuset.
- Tjenestene samlokaliseres i størst mulig grad i felles sentrumsnære lokaler.

Psykiatri teamet

- Psykiatriteamet vurderes styrket bemanningsmessig.
- Det utarbeides retningslinjer for inntak og utskrivning av pasienter i teamet.
- Samarbeidet med Koordinerende enhet videreføres når det gjelder kartlegging og vedtaksprosess, mens oppgavene innad i rus- og psykiatritjenesten legges til et dedikert fellesteam for å sikre en mer enhetlig kvalitet på vedtakene, samtidig som en bevarer en nærhet til faglige utfordringer i tjenesten.
- Det tas i bruk gruppebehandling/kurs der det er utarbeidet gode opplegg for dette.
- Medlemmene av teamet må ha en generell kompetanse innen psykisk helsearbeid. I tillegg må en styrke kompetansen på områder som veiledning, kognitiv teori, traumebehandling og andre aktuelle behandlingsformer.
- Det arbeides for å samlokalisere teamet med den øvrig rus- og psykiatritjenesten sentralt i byen.
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten videreutvikles generelt – og spesielt når det gjelder de sykeste og mest ressurskrevende pasientene. Videre må det utvikles et mer strukturert samarbeid med fastlegene, gjerne da sammen med spesialisthelsetjenesten.
- Antallet leasingbiler vurderes økt.

Psykososialt kriseteam

- Prosedyrene for håndteringen av kriser gjennomgås jevnlig.
- Det gjennomføres årlig ett felles samarbeidsmøte for lederne for den psykososiale innsatsen (kommuneoverlegen, områdeleder rus og psykiatri, koordinator for Familiens hus, representanter for ledelsen ved DPS Halden/Sarpsborg, politiet og prestetjenesten).
- Faglig oppdatering av det psykososiale kriseteamet prioriteres.

Aktivitetssenteret

- Aktivitetssenteret vurderes styrket bemanningsmessig.
- Det arbeides for å samlokalisere senteret med de øvrige rus- og psykiatritjenestene i sentrum slik at tjenestene i større grad enn i dag kan dra veksler på hverandre. Ved opprettelse av et slikt felles senter, bør blant annet kursvirksomheten til psykiatriteamet lokaliseres til senteret.
- Tilbudet utvikles og differensieres med økt fokus på behandlingsrettede tiltak slik at flere pasienter kan dra nytte av senteret.
- Samarbeidet med frivillige organisasjoner styrkes.

Konglelundveien boliger

- Kontinuerlig fokus på faglig kompetanse, tydelighet, felles holdninger og fleksibilitet i ansattgruppen. Ved ledighet i stillinger bør hjemlene vurderes gjort om til høyskolestillinger.
- Det må vurderes alternative løsninger for pasienter med stort somatisk pleiebehov, slik at Konglelundveien boliger kan være et aktivt behandlingsted for yngre, dårlige psykiatriske pasienter i tråd med den opprinnelige intensjonen.
- Samtlige 15 leiligheter i Konglelundveien borettslag gjøres om til kommunale leieleiligheter.
- Det vurderes hvorvidt boligen bør får tildelt leasingbil.
- Behovet for boliger spesielt tilrettelagt for denne brukergruppen vurderes jevnlig.

Rusteamet

- Rusteamet vurderes styrket bemanningsmessig.
- Det opprettes et lavterskeltiltak for rusavhengige som ikke er i stand til å nyttiggjøre seg mer strukturerte aktivitets-/arbeidstiltak, samt en helsestasjon for rusbrukere.
- Vurdere å tillegge ansvaret for saksbehandlingen knyttet til tvangsbehandling og søknader om institusjonsopphold til et par saksbehandlere med spesialkompetanse på området.

Ambulerende team

- Det innføres en mer fleksibel praksis hvor teamet kan involveres i medisinhandteringen ved særskilte tilfeller hvor dette er hensiktsmessig.
- Dersom et statlig pålegg om opprettelse av kommunale akutte døgnplasser, kan erstattes av et utvidet og lett tilgjengelig ambulerende akutteam, kan eventuelt teamet tilføres ressurser og kompetanse slik at de kan ivareta denne oppgaven.
- Ambulerende team skifter navn til Felteam.

Boliger

- Forslaget til fremtidige boliger til rusavhengige og personer med psykiske lidelser utarbeidet under BOSO gjennomgås for å se på muligheten for realisering.
- Funksjonene som boligkoordinator og miljøvaktmestere videreføres.

Prosjekter

- Oppsøkende rusteam Halden videreføres etter endt prosjektperiode forutsatt positiv sluttevaluering.
- Arbeidet med å finne egnede lokaler for en helsestasjon for rusavhengige intensiveres.
- Det innledes samtaler med fylkeslegen om omdisponering av prosjektmidlene til «møteplass rusavhengige».

Samarbeidspartnere

- Aktuelle avdelinger skolerer egne ressurspersoner, slik at de fleste situasjonene lar seg håndtere lokalt.
- Under forutsetning av økt bemanning utpekes ansatte i rus- og psykiatritjenesten som kontaktpersoner definerte områder innen pleie- og omsorgstjenesten

Kompetanse

- Det prioriteres kompetanseoppbygging innen kognitiv terapi, traumeterapi og migrasjonshelse, samt veiledning.
- Det bør defineres hvilke oppgaver som krever rus- og psykiatritjenestens kompetanse og hvilke oppgaver som gjennom opplæring kan forventes løst lokalt i øvrig pleie- og omsorgstjeneste. I tråd med dette skolerer aktuelle avdelinger egne ressurspersoner på området.
- Behovet for psykologer i tjenestene utredes.

Overføring av utskrivningsklare (USK) pasienter

- Fokuserer på mottak av utskrivningsklare pasienter for å unngå at kommunen påføres unødvendige utgifter. Utviklingen følges nøye med tanke på nødvendige tiltak dersom utviklingen skulle vise økende utgifter for kommunen.

Kommunale akutte døgnplasser

- Avvente informasjon fra sentrale myndigheter når det gjelder et kommunalt akutt døgn tilbud til rus- og psykiatripasienter, før planlegging av et slikt tilbud iverksettes.

Opptappingsplan for rusfeltet

- Andelen av rammetilskuddet til kommunen som er knyttet til Opptappingsplanen for rusfeltet, benyttes i størst mulig grad til å styrke kommunens rus- og psykiatritjenesten i tråd med intensjonen.

Asylsøkere og flyktninger

- Det vurderes opprettet stilling for psykiatrisk sykepleier øremerket arbeid med asylsøkere og flyktninger. Stillingen organiseres under psykiatriteamet og inngår som en del av flyktningehelseteamet.

2.2 Forslag som har direkte økonomiske konsekvenser

Her følger en sammenfatning av de tiltakene ovenfor som har direkte økonomiske konsekvenser.

1. De kommunale rus- og psykiatritjenestene samlokaliseres i størst mulig grad i felles sentrumsnære lokaler – et rus- og psykiatrisenter.

Arealbehovet er beregnet til ca. 600 m² for Aktivitetssenteret, psykiatriteamet, rusteamet og helsestasjon for rusavhengige. En eventuell realisering av prosjektet «møteplass rusavhengige», vil kreve ytterligere ca. 200 m².

2. Det vurderes å styrke psykiatriteamet, Aktivitetssenteret og rustjenesten bemanningsmessig, samt å opprette stilling for psykiatrisk sykepleier i flyktningehelseteamet.

Årsverkene finansieres primært gjennom andelen av rammetilskuddet til kommunen som er knyttet til Opptrappingsplanen for rusfeltet, samt gjennom tilskuddsmidler til knyttet mottak av asylsøker og flyktninger. Kostnadene til et årsverk for aktuelt personell for disse stillingene vil ligge på rundt kr. 600.000 inkl. sosiale utgifter.

3. Det er behov for en betydelig kompetanseoppbygging med prioritering av områdene kognitiv terapi, traumeterapi og migrasjonshelse, samt veiledning. I tillegg er det behov for skolering av ansatte innen øvrige avdelinger i pleie- og omsorgstjenesten.
4. Antall leasingbiler som tjenesten disponerer vurderes utvidet. Kostnadene pr. leasingbil ligger i dag på rundt kr. 50.000.
5. Opprettelse av eventuelle kommunale akutte døgnplasser vil medføre en vesentlig merkostnad. Kostnaden vil avhenge av hvilke føringer som gis for et slikt tilbud, inklusive hvordan det skal finansieres.

3. HISTORISK TILBAKEBLIKK

3.1 Opptrappingsplanen for psykisk helse

Fra 1995 mottok kommunene ”øremerkede midler til personer med psykiske lidelser”. Dette ble etter hvert omdefinert til ”*Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*” som senere ble forlenget ut 2008. Gjennom opptrappingsplanen ble kommunene tilført betydelige summer som gjorde det mulig å bygge opp et styrket og differensiert tilbud til pasienter med psykiske lidelser og rusavhengige. Etter hvert ble det et krav om at 20 % av tilskuddsmidlene til kommunene skulle brukes til tiltak rettet mot barn og unge. Ved slutten av opptrappingsperioden var det årlig øremerkete tilskuddet til Halden kommet oppe i nærmere 20 millioner. Det var opprettet vel 30 nye stillinger innen voksenfeltet. I tillegg kom det betydelig midler som ble brukt til tiltak innen arbeid og aktivitet, brukermedvirkning, kompetanseheving og opplysningsvirksomhet. Fra 2009 ble opptrappingsmidlene lagt inn i rammetilskuddet.

3.2 Psykiatri- og rusplaner i Halden kommune

Den første psykiatriplanen for Halden kommune for voksne var ferdig i mai 1998, mens en tilsvarende plan for barn ble ferdigstilt i 2001 – begge etter krav fra staten. Begge planene ble rullert i 2002. I forbindelse med rulleringen ble tiltak for rusavhengige tatt inn i voksenplanen. Som et resultat av denne koblingen ble det i rulleringen foreslått opprettet et ambulerende team rettet mot brukere med dobbeltdiagnose-problematikk (ROP-pasienter), mens rulleringen av planen for barn og unge la grunnlag for utviklingen av Familiens hus slik vi ser dette i dag.

I 2006 ble det utarbeidet en ny felles plan for voksne og barn/ungdom – «*Psykisk helsearbeid – Halden kommune 2007-2010*». Denne la grunnlaget for utviklingen av tjenestene i den siste fasen av opptrappingsplanen. Ved utløp av planperioden ble det ikke utarbeidet noen ny plan. I stedet valgte en å legge inn en beskrivelse av tjenestene, samt mål og tiltak, i egne kapitler i den felles «*Helse og omsorgsplan for Halden 2010-2015*». I etterkant kan en konstatere at på grunn av kommunens dårlige økonomi er relativt få av de tiltakene som er beskrevet i planen, satt ut i live.

Etter 2010 har det – som følge av kommunens vanskelige økonomiske situasjon – skjedd en gradvis reduksjon av tjenestetilbudet. Således er antall stillinger på rus og psykiatريفeltet rettet mot voksne i denne perioden redusert med rundt 12 årsverk. Også når det gjelder tiltak rettet mot barn og ungdom er det gjennomført betydelige kutt.

3.3 Organisering

Tjenestene har gjennom årene gjennomgått en rekke organisatoriske faser. Den første tiden var tjenesten samlokalisert og direkte underlagt sykepleiesjefen, for deretter å bli fordelt ut på de enkelte pleie- og omsorgsenheter med forskjellige ledere.

I 1999 valgte en å samle tjenesten under koordinator for psykisk helsearbeid selv om de utøvende ledd fortsatt skulle være fysisk plassert ute i distriktsenhetene. Samme år ble aktivitetssenteret for psykiatri åpnet, og i 2004 ble ambulerende team opprettet. Målgruppen for det siste teamet var unge pasienter med dobbeltdiagnose.

Fra begynnelsen av 2000-tallet var det løpende diskusjon om hvordan psykiatritjenesten skulle organiseres og hva den skulle omfatte. Etter hvert utviklet det seg en felles oppfatning om at en samling av fagfeltet ville gi en mer robust og fleksibel tjeneste enn en organisering med tjenestene spredt på forskjellige enheter. Videre åpnet etableringen av Haldenklubben muligheten for å utvikle samarbeid på tvers av tjenestenivåene. Med bakgrunn i dette ble rus- og psykiatritjenestene i februar 2009 slått sammen til en felles tjeneste i Forebyggende enhet med hovedbase i mellomgangen ved Halden sykehjem. Samtidig ble også Konglelundveien boliger en del av psykiatritjenesten. I forbindelse med omorganiseringen av kommunalavdelingen i 2010 ble Forebyggende enhet omdøpt til Enhet basistjenester med rus- og psykiatritjenestene som et av fire områder.

Gjennom «Prosjekt psykiatri» i 2010-2011 så en nærmere på den interne organiseringen i området samt på innholdet i tjenestene. Dette arbeidet la grunnlaget for dagens organisering i avdelinger og fagteam.

4. RAMMEBETINGELSER

4.1 Aktuelt lovverk

Sentralt lovverk med betydning for rus- og psykiatritjenestene er

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter
- Lov om helsepersonell mv.
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Lov om vergemål
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

I helse og omsorgstjenestelovens heter det i § 3-1 om kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester:

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

4.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen som trådte i kraft i januar 2012 hadde som hovedmålsettinger:

- Forebygge framfor bare å reparere
- Tidlig innsats framfor sen innsats
- Få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen
- Flytte tjenester nærmere der folk bor
- Flere oppgaver til kommunene og penger til å utføre dem
- Samle spesialiserte fagmiljøer som er sterke nok
- Bedre for pasientene - sterkere brukermedvirkning

Så langt har tiltakene og ressursene i stor grad vært rettet mot eldreomsorgen. Også innen rus- og psykiatrimrådet ser en en gradvis overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, men uten at dette er formalisert eller understøttet av en tilsvarende overføring av ressurser. I praksis gir dette seg blant annet uttrykk i at en del pasienter som tidligere mottok behandling ved voksenpsykiatriske poliklinikker, i dag får avslag og oppfordres til å søke tjenester/behandling i kommunehelsetjenesten.

Dette kommer også til uttrykk i en rekke nyere sentrale veiledere på feltet hvor kommunene tillegges behandlingsansvar. Behandling ble tidligere sett på som en oppgave for spesialisthelsetjenesten, mens kommunenes oppgaver ble definert som omsorg og støtte – selv om en i praksis i mange tilfeller utførte det samme.

I tillegg foreligger statlige signaler om at en fra 2017 vil innføre kommunal betaling for «ferdigbehandlede pasienter» i spesialisthelsetjenesten på lik linje med den ordningen som en i dag har i somatikken. Likeledes fremgår av Primærhelsemeldingen at kommunene også vil bli pålagt å opprette kommunale akutte døgntilbud for rus- og psykiatrispasienter på linje med tilbudet som er opprettet for somatiske pasienter. Det er foreløpig svært uklart hva et slikt tilbud skal inneholde og hvordan det skal utformes. Her er det behov for tydeliggjøring og konkretisering. Også dette pålegget tenkes å gjelde fra 2017 og skal finansieres ved overføring av midler fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten.

4.3 Nasjonale veiledere og faglige retningslinjer

4.3.1 Sammen om mestring

«Sammen om mestring» (Helsedirektoratet IS-2076) er en veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne som kom i 2014. Veilederen er ment som et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Veilederen gir sterke føringer for en endring i arbeidsdelingen med økt ansvar for kommunene og en mindre dominant rolle for de distriktpsykiatriske sentrene. Videre understrekes betydningen av et bredt kompetansebegrep som er nødvendig for å gi et helhetlig tilbud, samt at kompetanseoverføring må skje begge veier da nivåene sitter på ulik, men like nødvendig kunnskap.

Det legges vekt på at kommunene og spesialisthelsetjenesten må samarbeide om å styrke lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid. Veilederen omtaler tre ulike hovedforløp som skiller seg fra hverandre med hensyn til alvorlighetsgrad og varighet. Tjenestene har et felles ansvar for å tilby helhetlige tjenester i all de tre forløpene, men med varierende tyngde.

Kommunens ansvar og oppgaver i denne sammenheng beskrives slik:

- kommunen bør ta hovedansvaret for å ha tilbud til personer med psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer som forventes å bli milde og kortvarige
- viktige kommunale oppgaver er forebygging, behandling, omsorg og rehabilitering
- kommunen skal, ved behov, henvise til spesialisthelsetjenesten

4.3.2 Retningslinje - utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser

«Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser» (Helsedirektoratet IS-1957) kom i 2013. Retningslinjen fokuserer ikke bare på symptombehandling, men gir også en bred omtale av psykososiale tiltak, fysisk helse og betydningen av utdanning og arbeid. Den omhandler utredning, behandling og oppfølging av personer fra 13 år og oppover. Totalt inneholder retningslinjen 74 konkrete anbefalinger. Anbefalingene er relevante for alle nivåer i tjenesteapparatet og gir grunnlag for å redusere uønsket variasjon i praksis.

4.3.3 Retningslinjer - ROP-lidelser

«Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser» (Helsedirektoratet IS-1948) kom i 2011. Retningslinjens målgruppe er personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. I tillegg

inkluderes personer med mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse når hver av de to typer lidelse er forbundet med betydelig funksjonssvikt.

Retningslinjen har som mål å sikre at denne pasientgruppen ikke skyves mellom rus- og psykiatritjenestene uten at noen tar ansvar – noe vi fortsatt ser eksempler på.

Sentrale anbefalinger er således:

- personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke
- for å ivareta et sammenhengende tilbud skal den instans som først kommer i kontakt med en person med ruslidelse og psykiske lidelse sikre at personen følges opp og vurdere behovet for individuell plan
- selv om ansvaret plasseres ett sted, vil andre instanser også ha et ansvar, det skal alltid etableres forpliktende samarbeid
- uenighet om ansvarsforhold må ikke føre til at pasienten får et dårligere behandlingstilbud og blir skadelidende

Retningslinjen inneholder 93 konkrete anbefalinger. Selv om disse i stor grad retter seg mot spesialisthelsetjenesten, er det også egne kapitler om kommunens ansvar for pasientgruppen.

4.3.4 Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer

«Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer» (Helsedirektoratet IS-1810) kom i 2011. Målgruppen for veilederen er i første rekke ledere og helsepersonell i kommunene som yter tjenester til mennesker som har vært utsatt for hendelser som kan være potensielt psykologisk traumatiserende. Til målgruppen regnes også ledere og innsatspersonell i nødetater, frivillige organisasjoner og helseforetak.

Veilederen gir en beskrivelse av hvordan dette arbeidet kan drives – helt fra et overordnet organisatorisk nivå og ned til konkret praktisk veiledning i gjennomføringen av kriseoppfølgingen.

4.3.5 Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord

«ETTER SELVMORDET - Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord» (Helsedirektoratet IS-1898) kom i 2011. Formålet med veilederen er å formidle kunnskapsbaserte faglige råd til profesjonelle og frivillige hjelpere som kommer i kontakt med etterlatte ved selvmord. Etterlatte ved selvmord er en gruppe med spesielle behov for ulike former for psykososial støtte, basert på dokumentert kunnskap om flere belastninger sammenlignet med etterlatte ved naturlig død.

I henhold til veilederen er kommunenes overordnede oppgaver i forbindelse med selvmord å:

- forebygge utvikling av psykiske problemer og selvmordsatferd hos etterlatte
- fange opp risikopersoner blant de etterlatte og sørge for videre tiltak for dem
- gi hjelp og behandling for dem som ikke er i behov av tiltak fra spesialisthelsetjenesten
- sørge for bistand fra, og samarbeid med spesialisthelsetjenesten eller andre aktører (skole, politi, trossamfunn etc.) dersom det er behov for slik bistand
- drive selvmordsforebyggende arbeid for å unngå evt. smitteeffekter ved å rette tiltak mot sosiale arenaer avdøde har tilhørt, for eksempel skole og arbeidsplass

4.4 Økonomiske rammebetingelser

Etter at de øremerkede midlene fra opptrappingsplanen i 2010 ble lagt inn i rammetilskuddet til kommunen, er andelen av budsjettet til disse tjenestene gradvis redusert. Budsjettet for rus- og psykiatritjenestene til voksne utgjorde i 2010 23,8 mill. av et helse- og omsorgsbudsjett på totalt 509 mill. For 2015 er budsjettet for tjenestene på 23,3 mill., mens helse- og omsorgsbudsjettet er på 604 mill. Tilsvarende er antall årsverk innen området redusert fra vel 46 i 2010 til snau 34 i 2015 – en reduksjon på rundt 12 årsverk. Budsjettet for 2016 innebærer en ytterligere reduksjon på rundt 2 årsverk. Bakgrunnen for den relativt store reduksjonen er en vanskelig kommunal økonomi med et stort akkumulert underskudd som skal tilbakebetales de nærmeste årene.

Samtidig er kommunen tillagt stadig nye oppgaver rettet mot pasientgruppen, oppgaver som tidligere ble ivaretatt av spesialisthelsetjenesten – slik det tydelig framgår av de mange statlige veilederne beskrevet ovenfor.

Regjeringen har høsten 2015 lansert en ny opptrappingsplan på rusfeltet som innebærer økt tilførsel av ressurser svarende til 2,4 milliarder de neste 5 årene. Det er imidlertid uklart hvordan midlene vil bli fordelt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt hvorvidt deler av midlene vil bli lagt inn i rammetilskuddet eller øremerkes til formålet. I budsjettet for 2016 fikk kommunene overført til sammen 200 millioner til styrking av innsatsen rettet mot rusavhengige – noe som skulle tilsvare ca. 1,2 millioner for Haldens vedkommende. Det ble ikke funnet rom for å videreføre dette i det kommunale budsjettet.

5. PSYKISK HELSEARBEID OG RUSARBEID I HALDEN

5.1 Forekomst av psykiske lidelser og rus i Halden

Folkehelseprofilen for Halden 2015 viser at Halden scorer lavt på en rekke sosioøkonomiske parametere. Dette illustreres av at Halden har flere med lavere utdanning og lavere inntekt enn landsgjennomsnittet. Likeledes har Halden flere arbeidsledige og flere unge uføretrygdede. Når en vet at det er en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk gradient og forekomsten av psykiske lidelser og rus, er det derfor heller ingen overraskelse at forekomsten av psykiske lidelser er høyere enn landsgjennomsnittet. Dette vurdert ut fra besøk hos fastlege/legevakt og bruken av legemidler for slike lidelser.

I tillegg mottar Halden som andre kommuner et økende antall innvandrere hvorav flere er traumatisert og har behov for psykisk helsehjelp.

Innen rustjenesten har en fra mai 2013 registrert brukerne i kartleggingsverktøyet «Brukerplan». Så langt har en imidlertid hatt problemer med å få datamaterialet omgjort til anvendbar statistikk.

5.2 Søknad, kartlegging og tildeling av tjenester

Tildeling av kommunale rus- og psykiatritjenester skjer i hovedsak etter søknad. Henvendelsene kommer oftest fra pasienten selv, fra pårørende, spesialisthelsetjenesten, fastlege eller NAV. Det kommer også noen søknader via andre kommunale instanser som barnevernet, hjemmebaserte tjenester, helsehuset og sykehjemmene. Søknadene sendes Koordinerende fellestjenester.

Noen pasienter får en viss grad av oppfølging/tilsyn, selv om de ikke har søkt eller ikke ønsker å søke, dersom den faglige vurderingen tilsier at de er i behov av tjenester.

På bakgrunn av søknadene foretar tjenestene individuelle vurderinger av hastegrad. Ordinær saksgang innebærer at saksbehandler/behandler i tjenesten som er tildelt søknaden kontakter kartleggingsteamet og en dato for kartlegging settes. Dersom det er noe i søknaden som tilsier at henvendelsen bør prioriteres, blir søker kontaktet per telefon.

Kartleggingen består av en gjennomgang av et standardisert kartleggings skjema som brukes på alle søknader som mottas i Halden kommune. På rus- og psykiatripasientene brukes i tillegg egne skjemaer for kartlegging av bruken av alkohol- og andre rusmidler (AUDIT og DODIT). Kartleggingen er tverrfaglig, og skal gjennomføres av en representant for rus- og psykiatritjenesten, samt sykepleier fra kartleggingsteamet som bl.a. har videreutdanning i helserett.

På bakgrunn av kartleggingen sammenfattes informasjonen, det gjøres en vurdering av behov for oppfølging og vedtak skrives. I vedtaksteamet ferdigstilles vedtaket og godkjennes. Vedtaket løper i en tidsbegrenset periode og man foretar en ny vurdering før vedtakets utgang om behov for videreføring av oppfølgingen.

Aktivitetssenteret for psykiatri har en enkel innsøkningsprosedyre uten kartlegging og vedtak. Leder ved senteret samt en representant fra psykiatri- eller rusteamet gjennomfører imidlertid en samtale med fokus på symptomer og livssituasjon før pasienten får et tilbud.

Både psykiatriteamet, rusteamet og ambulerende team gjennomfører i dag kartlegging av pasientene sammen med kommunens kartleggingsteam og utformer deretter sine egne vedtak om tjenester. Resultatet er en situasjon hvor behandlerne lett kan bli personlig involvert i vedtakene.

5.3 Behandlingsmetoder

5.3.1 Behandlingssamtaler/støttesamtaler

Hovedvekten av pasientene som får tjenester, mottar samtaler med fokus på å redusere symptomer og lidelsestrykk, samt styrke iboende ressurser og øke livskvaliteten. Psykiatriteamet bruker blant annet elementer fra kognitive metoder og motiverende intervju (MI), samt psykoedukasjon i disse prosessene. Når det gjelder rustjenesten, brukes i hovedsak MI som tilnærming og hvor målet er å motivere til rusfrihet.

5.3.2 Rådgivning økonomi, bolig

Mange pasienter mottar i tillegg bistand for å avhjelpe til dels krevende hverdagsutfordringer innenfor økonomi, boligsituasjon og fysisk helse, samt få hjelp til kontakt med andre instanser så som fastlege og NAV. Dette gjelder både pasienter med alvorlige lidelser og dårlig funksjonsnivå, og de som har fått psykiske utfordringer som følge av økonomisk uferdighet, vanskeligheter i arbeidslivet, mangel på bolig og lignende. I mange tilfeller overskygger slike problemstillinger sykdommen og må ryddes opp i før en kommer i posisjon til å hjelpe pasienten med psykiske eller rusrelaterte problemer.

5.3.3 KID - Kurs i Depresjonsmestring

Målgruppen for Kurs i Depresjonsmestring (KID) er mennesker med milde/moderate depresjoner. Kursdeltakerne henvises til kurset fra sin fastlege, behandler eller helsetjenesten

KID bygger på kognitiv sosial læringsteori og er et psykoedukativt (læringsorientert) tiltak. Kursdeltakerne får opplæring i kognitive modeller og tilhørende teknikker og metoder for å endre egne uhensiktsmessige tanke- og handlingsmønstre. Målet er å bidra til økt mestring av depresjon samt redusere risikoen for tilbakefall. Kurset blir ledet av en godkjent kursleder med helsefaglig bakgrunn på minimum høgskolenivå.

KID er utarbeidet, testet ut og evaluert i flere forskningsprosjekter og har vist klar effekt ved depresjoner. Se for øvrig informasjon om Kurs i Depresjonsmestring på websidene til Kommunal Kompetanse, www.kommunal-kompetanse.no og Rådet for Psykisk Helse, www.psykiskhelse.no

5.3.4 En-/flerfamiliegrupper

I Nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelse, er anbefalingen at alle bør få tilbud om kognitiv terapi, familiesamarbeid og medikamenter.

Psykoedukativt familiearbeid ved psykoser er en anerkjent og veldokumentert tilnærming for å bedre psykosepasienters prognose og livskvalitet, samt redusere familiens stress og opplevde belastninger. Et tilbud om kunnskapsbasert familiesamarbeid ved psykoselidelser handler om hvordan familie og andre viktige omsorgspersoner for pasienten får informasjon og inviteres inn i

et samarbeid om å støtte pasienten på best mulig måte. Familiene kan også få råd og hjelp til å ta vare på seg selv for å kunne være gode omsorgspersoner for personen som er syk.

Metoden er løsningsorientert og legger stor vekt på å lære familiene å kommunisere godt med hverandre. Pasienten og familiemedlemmene blir tilbudt en struktur for samarbeid som kan være et redskap til å håndtere stressutløsende situasjoner som oppstår i kjølevannet av en psykose. Familiearbeidet består av en kombinasjon av informasjon om psykiske lidelser, hjelp til å trene på kommunikasjonsferdigheter og å løse dagligdagse problemer.

Se for øvrig <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/8.behandling-og-oppfolging/familiesamarbeid> og <http://www.tips-kompetansesenter.no/default.aspx?pageId=18>

5.3.5 Angstmestringskurs

Psykiatrisk team startet våren 2015 med angstmestringskurs. Kurset bygger på et konsept utarbeidet av Stange kommune for mennesker med lettere til moderate angstplager. Kurset bygger på «Mestringsbok ved angstlidelser» (Thingnæs et al. 2008), og kognitive tilnærminger vektlegges sterkt. Kurset er et lavterskeltilbud innenfor diagnosene sosial fobi, spesifikke fobier, agorafobi med og uten panikklidelse, panikklidelse og generalisert angst.

Se for øvrig <http://www.stange.kommune.no/category6155.html> for mer informasjon.

Selve konseptet har til dels samme oppbygging og struktur som KID-kurset, der hjemmearbeid er et viktig supplement til kursdagene. Deltagerne plukkes ut blant «egne» pasienter eller henvises spesifikt for dette fra andre behandlingsinstanser. Aktuelle kandidater blir innkalt til en vurderingssamtale hvor man blant annet gjennomfører en score på et angstregreringsskjema.

Det er gitte inklusjons- og eksklusjonskriterier til begge kursene.

5.3.6 Motiverende intervju – MI

Motiverende intervju er en samtalemetode som har fokus på å hjelpe andre til å endre problematisk adferd. Motiverende intervju baserer seg på kunnskapen om hvordan en persons motivasjon for å endre seg kan økes gjennom samtale med en hjelper – selv når personen har motstridende tanker og følelser i forhold til å endre egen atferd. Målet er at pasienten gjennom samtalen selv skal kjenne behov og ønske om endring og oppmuntres til selv å løse problemene.

Helsedirektoratet gav i 2012 ut Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse hvor det anbefales at motiverende intervju tas i bruk i kommunene, for å samtale om bruk av rusmidler på en kvalifisert måte.

5.3.7 Individuell plan

Forskriften om individuell plan tilsier at de som har behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan.

Hensikten med individuell plan er:

- at den som har behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester fra mange ulike instanser får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, samt at den skal sikre at det til enhver tid er én instans som har hovedansvaret for å følge opp pasienten

- å kartlegge brukerens/pasientens mål, ressurser og behov på ulike områder, og vurdere hvilke tiltak som kan dekke disse behovene
- å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene

6. EGNE TJENESTER – STATUS OG EVALUERING

6.1 Organisering av tjenestene

Status

Psykiatritjenesten har fra den spede begynnelse for 20 år siden utviklet seg fra å bestå av én person til dagens tjeneste med 34 årsverk. Samtidig har den gjennomgått en rekke organisatoriske faser.

Fra 2011 har rus- og psykiatritjenesten vært organisert som eget område med områdeleder i Enhet basistjenester i Kommunalavdeling helse og omsorg. Område rus- og psykiatri består ved inngangen til 2016 av psykiatriteamet, rusteamet, ambulerende team, aktivitetssenteret og Konglelundveien boliger. Psykiatriteamet og rusteamet er i dag lokalisert i mellomgangen i Helsehuset. Personalet i ambulerende team og Konglelundveien boliger har base i de respektive boligene, mens aktivitetssenteret er lokalisert i underetasjen på gamle Bergheim sykehjem.

Våren 2015 ble det nedsatt en arbeidsgruppe – «Prosjekt helsehus» – som skulle utarbeide et forslag til fremtidig organisering av blant annet tjenestene innen Enhet basistjenester. Dette som et siste ledd i en gjennomgang av kommunens helse- og omsorgstjenester de siste årene. En viktig brikke i omorganiseringen vil være opprettelse av et såkalt «helsehus» for Halden og Aremark lokalisert til tidligere Halden sykehjem/mellomgangen. Dette arbeidet ventes slutført våren 2016.

Evaluering

Organiseringen av tjenesten i ett fagområde er en viktig forutsetning for robuste og fleksible tjenester og dermed en best mulig ressursutnyttelse. Det er også viktig for å sikre utvikling av fagområdet. En samorganisering av tjenestene i ett fagområde bør derfor videreføres i en fremtidig organisering. I forslaget fra arbeidsgruppen «Prosjekt helsehus» foreslås det at fagområdet organiseres som en enhet direkte under kommunalsjefen, eventuelt som en avdeling i Helsehuset.

Flyttingen av aktivitetssenteret til Bergheim har hatt klare negative følger og det er et klart ønske om lokaler for senteret i sentrum slik en hadde tidligere. Selv om lokaliseringen av psykiatriteamet og rusteamet i mellomgangen i Helsehuset har klare fordeler når det gjelder samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, bør disse tjenestene samlokaliseres med aktivitetssenteret for at de i større grad kan dra nytte av hverandre. I dette komplekset bør også inngå en helsestasjon for rusavhengige. Ved en slik samlokalisering i sentrum bør en velge en organisasjonsmodell med tjenesten som egen enhet under kommunalsjefen.

Konklusjon

Samordningen av tjenestene i ett fagområde videreføres og vurderes organisert som egen enhet direkte under kommunalsjefen, eventuelt som en avdeling i Helsehuset.

Tjenestene samlokaliseres i størst mulig grad i felles sentrumsnære lokaler.

6.2 Psykiatriteamet

Status

Teamet består i dag av 5 psykiatriske sykepleiere og 1 sosionom med videreutdanning i psykisk helsearbeid som også er teamets fagleder. Økonomi- og personalansvar ligger hos områdeleder. Tildeling av tjenester fra psykiatrisk team skjer etter vedtak. Teamet er fysisk lokalisert i mellomgangen i Halden helsehus i nær tilknytning til DPS Halden/Sarpsborg. Teamet har tre leasingbiler til disposisjon, men er i tillegg til dels avhengig av å kunne bruke egne biler i tjenesten.

Psykiatriteamet gir i dag et tilbud til pasienter med psykiske lidelser, både pasienter med lidelser som lettere angst og depresjon og pasienter med mer alvorlige tilstander som personlighetsforstyrrelser, bipolar lidelse og psykoser. Gruppen med angst og depresjon har gradvis økt over flere år. Samtidig skrives de alvorligst syke pasientene tidligere ut fra spesialisthelsetjenesten – ofte med begrunnelsen at en ikke har mer å tilby i spesialisthelsetjenesten eller at pasientene er «behandlingsresistente». Dette omfatter til dels også pasienter som er dømt til psykiatrisk behandling.

Videre er det slik at problemene som mange opplever, ligger i skjæringspunktet mellom psykiske helseproblemer, sosiale problemer, ulike former for mestringsproblematikk og livskriser uten at det foreligger en spesifikk psykiatrisk diagnose. Det er også en økt pågang av ressursvake pasienter med vedvarende psykisk uhelse og hvor mangel på venner, familie, bolig og dårlig økonomi er dominerende problemstillinger. De har ofte et dårlig funksjonsnivå, oppgir at de føler seg nedfor og engstelige og trenger gjerne omfattende oppfølging på flere områder over tid.

Summen av alle disse faktorene innebærer et økende press på teamets tjenester.

Oppfølgingen kan bestå av regelmessige samtaler av støttende art eller av en mer behandlingssmessig karakter med fokus på tilegnelse av metoder. I tillegg har teamet de siste årene holdt kurs i depresjonsmestring (KID) og enfamiliegrupper og har nå også startet angstmestringskurs basert på kognitiv tilnærming. Videre er en stor del av pasientgruppen i behov av praktisk hjelp til å søke bolig, rydding i økonomisk uføre, søke verge, kontakte fastlege, NAV og lignende. Bistand til pårørende, trening i sosiale ferdigheter og ikke minst koordinering av tiltakene rundt den enkelte pasient er også en viktig del av teamets arbeidsoppgaver. Teamet gir også noe råd og veiledning til samarbeidspartnere rundt enkeltpasienter.

En registrering av tidsbruk i 2014 viste at de ansatte bruker ca. 1/3 av arbeidstiden til saksbehandling knyttet til kartlegging, utforming av vedtak og annen dokumentasjon. En annen faktor her er økte krav fra NAV om uttalelser om pasientenes funksjonsnivå, hjelpebehov, arbeidsevne og lignende.

Teamets kompetanse er også etterspurt i forbindelse med psykososial oppfølging ved kriser og katastrofer (se eget avsnitt).

Evaluerings/utfordringer

Psykiatriteamet har i dag mange og varierte oppgaver. Samtidig ser det ut til at stadig nye oppgaver innen fagfeltet tillegges denne tjenesten. I tillegg indikerer de sosioøkonomiske parameterne i folkehelseprofilen at behovet for denne type tjenester sannsynligvis ligger høyere enn i mange sammenlignbare kommuner.

Konsekvensen av denne utviklingen er at en enten må begrense oppgavene som tillegges teamet, eller så må teamet utvides. En utvidelse av teamet forutsetter at kommunen følger opp statlige signaler om en styrking av feltet og bruker overførte styrkingsmidler som forutsatt. Samtidig er det viktig å se på hvordan en kan begrense oppgavene. Dette kan gjøres enten ved å begrense inntaket, effektivisere behandlingen eller skrive ut pasientene raskere – med fare for at dette fører til økt belastning i andre deler av hjelpeapparatet.

Begrensning av inntaket kan gjøres ved en strengere prioritering av hvilke pasientgrupper som skal tilbys behandling. Når det gjelder effektivisering av behandlingen, er det viktig at teamet innehar oppdatert kompetanse i hvilke behandlingsmetoder som gir effekt ved de forskjellige typer lidelser. Det er også viktig å vurdere mulighetene for gruppebehandling og lærings- og mestringkurs der det finnes gode opplegg for dette.

Et generelt problem i behandling av psykiske lidelser, er at det er vanskelig å måle lidelsestrykk. Dermed er det også vanskelig å avgjøre når pasientens tilstand er bedret og behandlingen kan avsluttes – med den følge at mange pasienter får lange behandlingsforløp. I spesialisthelsetjenesten løses dette dilemmaet ofte ved at pasienten henvises videre til kommunehelsetjenesten. Dermed sikrer en seg mot kritikk om at pasienten overlates til seg selv. I tiden framover vil det derfor bli vel så viktig å se på hvordan vi avslutter behandlingsforløp som å se på hvordan vi begrenser inntaket.

Utskrivning av alvorlig kronisk syke – og til dels voldelige – pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen utgjør en særskilt utfordring. Dette krever høy kompetanse og ofte betydelige ressurser. I tillegg kommer problemene knyttet til kommunens manglende mulighet til å lage strukturer og rammer i samme grad som spesialisthelsetjenesten (f.eks. i form av tvang). I en nylig utgitt rapport fra SINTEF («Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid i 2015») uttrykkes bekymring for tilbudet til denne pasientgruppen. Rapporten poengterer at dette i større grad enn i dag bør være et fellesanliggende for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Kartleggingen og vedtaksprosessen skjer som beskrevet i samarbeid med Koordinerende fellestjenester. Psykiatriteamets deltagelse i dette arbeidet er i dag fordelt på samtlige ansatte i teamet. Samarbeidet med Koordinerende enhet videreføres, men det bør ses på hvorvidt disse oppgavene innad i teamet kan effektiviseres gjennom å legge dem til et par personer med spesialkompetanse på området. En slik spesialisering medfører imidlertid en økt sårbarhet. Dette gjelder også rusteamet.

Konklusjon

Psykiatriteamet vurderes styrket bemanningsmessig.

Det utarbeides retningslinjer for inntak og utskrivning av pasienter i teamet.

Samarbeidet med Koordinerende enhet videreføres når det gjelder kartlegging og vedtaksprosess, mens oppgavene innad i rus- og psykiatritjenesten legges til et dedikert fellesteam for å sikre en mer enhetlig kvalitet på vedtakene, samtidig som en bevarer en nærhet til faglige utfordringer i tjenesten.

Det tas i bruk gruppebehandling/kurs der det er utarbeidet gode opplegg for dette.

Medlemmene av teamet bør ha en generell kompetanse innen psykisk helsearbeid. I tillegg må en styrke kompetansen på områder som veiledning, kognitiv teori, traumebehandling og andre aktuelle behandlingsformer.

Det arbeides for å samlokalisere teamet med den øvrig rus- og psykiatritjenesten sentralt i byen.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten videreutvikles generelt – og spesielt når det gjelder de sykeste og mest ressurskrevende pasientene. Videre må det utvikles et mer strukturert samarbeid med fastlegene, gjerne da sammen med spesialisthelsetjenesten.

Antallet leasingbiler vurderes økt.

6.3 Psykososialt kriseteam

Status

Kommunens psykososiale innsats ved kriser og ulykker ledes i de fleste tilfeller av kommuneoverlegen og områdeleder rus og psykiatri. Ved større ulykker/katastrofer kan ledergruppen suppleres med koordinator for Familiens hus, representanter for ledelsen ved DPS Halden/ Sarpsborg, politiet og prestetjenesten. Den praktiske innsatsen utøves primært av kommunens psykososiale kriseteam som er identisk med psykiatriteamet. Teamet kan ved behov styrkes med annet personell som har skolering i og erfaring fra psykososialt krisearbeid.

Ingen av de som deltar i det ovennevnte opplegget, inngår i noen formell vaktordning, men det psykososiale kriseteamet har et funksjonstillegg for å kunne stille opp når de har anledning.

Det psykososiale arbeidet i forbindelse med kriser og ulykker retter seg mot ofre, pårørende og andre berørte og kan deles i to faser. En akutfase hvor hovedfokus er informasjon, omsorg og støtte, samt å bekrefte betydningen av eget nettverk (defusing). Deretter en bearbeidingsfase etter noen dager hvor målet er støtte og normalisering av reaksjoner, samt å få en felles forståelse av hendelsen (debriefing). Ved behov gis ytterligere en til tre oppfølgingsamtaler. Det kan også være aktuelt å henvise de som trenger det til spesialisthelsetjenesten eller det øvrige hjelpeapparatet.

I perioden 2009-2014 har kriseteamet vært inne i fra 2 til 5 hendelser i året. Dette omfatter både større hendelse med mange involverte som Utøya-katastrofen, og hendelser med noen få involverte som når noen har begått selvmord. Erfaringsmessig omfatter hendelser hvor barn og unge er involvert ofte store nettverk og mange personer. «Kompliserte familieforhold» er også en av de faktorene som gjerne innebærer utfordringer og behov for større innsats.

Evaluerings/utfordringer

Det har de senere år nærmest utviklet seg en forventning om at enhver hendelse som kan oppleves som en krise, skal utløse profesjonell hjelp til rammede og pårørende. I tråd med dette synes terskelen for hva slags hendelser kriseteamet skal inn i, å ha blitt stadig lavere. Det

forventes at kriseteamet stiller opp også ved hendelser som tidligere ble håndtert av de rammede og deres nærmiljø/ nettverk. Dette vil ikke alltid være mulig – samtidig som støtte og hjelp fra nærmiljø/nettverk i mange tilfeller er både et viktigere og riktigere tiltak enn intervensjon fra et profesjonelt kriseteam.

Mangelen på formelle vaktordninger innebærer en risiko for at en kan komme opp i situasjoner hvor en står uten tilgjengelig innsatspersonell. Samtidig vil en vaktordning binde opp en relativt liten personellgruppe uforholdsmessig mye, hvilket selvsagt også har økonomiske konsekvenser. Kriseteamet har behov for kontinuerlig faglig oppdatering da det hele tiden er en utvikling på fagområdet. I og med at det kan gå noen måneder mellom hver gang teamet er ute på oppdrag, er det også behov for regelmessig trening av teammedlemmene.

Konklusjon

Prosedylene for håndteringen av kriser gjennomgås jevnlig. Det gjennomføres årlig ett felles samarbeidsmøte for lederne for den psykososiale innsatsen (kommuneoverlegen, områdeleder rus og psykiatri, koordinator for Familiens hus, representanter for ledelsen ved DPS Halden/Sarpsborg, politiet og prestetjenesten).

Faglig oppdatering av det psykososiale kriseteamet prioriteres.

6.4 Aktivitetssenteret

Status

Aktivitetssenteret er et møtested og aktivitetstilbud for personer med psykiske lidelser. Senteret åpnet i desember 1999 og har i dag 3 ansatte – en vernepleier som er leder av senteret, en psykiatrisk hjelpepleier og en sosionom. Senteret var de første årene lokalisert i sentrum, men ble i 2009 «tvangsflyttet» til underetasjen ved gamle Bergheim sykehjem. Lokalene er romslige og relativt nyoppussede. Senteret disponerer en minibuss. Aktivitetssenteret har en enkel innsøkningsprosedyre uten kartlegging og vedtak. Tiltaket er ikke definert som behandling, men senteret samarbeider tett med den øvrige rus- og psykiatritjenesten.

Åpningstiden er kl. 09.00 – 15.00 fire dager i uken, samt én kveld fra kl.14-21. Det besøkes daglig av ca. 16-20 pasienter. Totalt er det registrert ca. 70 pasienter ved senteret.

Hensikten med tilbudet er å gi pasientene et meningsfullt innhold i hverdagen, samt hindre isolasjon og ensomhet og derigjennom forebygge tilbakefall. Det legges vekt på nettverksbygging og sosiale relasjoner samt å få pasientene over i mer arbeidsrettede aktiviteter. En viktig aktivitet er matlaging og felles måltider. Andre aktiviteter er blant annet male- og hobbyaktiviteter, fysisk aktivitet, data og biljard. Brukermedvirkning står sterkt i fokus. Gjennom faste husmøter én gang pr. uke er brukernes medbestemmelse ivaretatt. Husets tre bruker-representanter velges for 1 år om gangen og yter stor innflytelse når det gjelder husets aktiviteter.

Med jevne mellomrom har senteret vært nedleggelsestruet med bakgrunn i kommunens økonomi. Dette har medført stor usikkerhet og frustrasjon i pasient- og personalgruppen.

Evaluering

Senterets beliggenhet på Bergheim har medført en betydelig endring i tilgjengeligheten for pasientene. Dette begrenser bruken av senteret. Således falt antall daglige brukere med ca. 1/3 og det totale antallet brukere fra 120 til 70 pasienter da senteret i sin tid flyttet fra sentrum til Bergheim. Det er de dårligst fungerende pasientene som ikke lenger benytter tilbudet. En forklaring er bl.a. at de ikke mestrer å være tilstede over så lang tid – uten mulighet for å kunne trekke seg tilbake ved behov og i stedet må vente på transport. Som en følge av dette er sentret i dag til en viss grad er innrettet mot en begrenset gruppe pasienter. Senteret bør derfor flyttes tilbake til sentrum. Det vil bety økt tilgjengelighet for pasientene, bedre utnyttelse av personalressursene som i dag bruker mye tid til transport, samt at byen kan brukes som treningsarena.

Ved en flytting av senteret bør en i tillegg se på muligheten for å legge om en del av virksomheten fra dagens tilbud hvor sosiale aktiviteter dominerer til mere faglige behandlingsrettede tilbud. Et slikt differensiert tilbud vil nå flere brukere og være et viktig verktøy i en helhetlig psykiatritjeneste.

Dette at betydelige personalressurser bindes opp i transport av pasientene, innebærer også at det i perioder kun er én ansatt til stede ved senteret – noe som utfra et sikkerhetssynspunkt er klart uheldig.

Konklusjon

Aktivitetssenteret vurderes styrket bemanningsmessig.

Det arbeides for å samlokalisere senteret med de øvrige rus- og psykiatritjenestene i sentrum slik at tjenestene i større grad enn i dag kan dra veksler på hverandre. Ved opprettelse av et slikt felles senter, bør blant annet kursvirksomheten til psykiatriteamet lokaliseres til senteret.

Tilbudet utvikles og differensieres med økt fokus på behandlingsrettede tiltak slik at flere pasienter kan dra nytte av senteret.

Samarbeidet med frivillige organisasjoner styrkes.

6.5 Konglelundveien boliger

Status

Konglelundveien boliger består av 22 boliger - Konglelundveien borettslag (1991) som består av 3 rekkehus med til sammen 15 leiligheter og Furutoppen borettslag (1994) i form av et boligkompleks med 7 leiligheter. Her bor personer med psykiske lidelser av varierende grad. Boligen med 7 leiligheter er døgnbemannet og har et fellesareal som fungerer som serviceleilighet for hele området. Av leilighetene i Konglelundveien borettslag eies 7 av kommunen, 1 av et legat og 7 av beboerne selv, mens i Furutoppen eies alle leilighetene av kommunen.

Da boligene ble etablert, hadde flere av beboerne en dobbeltdiagnose, men dette har endret seg de siste årene. Flere i denne pasientgruppen er døde og i dag er det i hovedsak pasienter med alvorlige kroniske psykiske lidelser som bor i leilighetene. Mange av pasientene har lite potensial for bedring/utvikling og er avhengig at et trygt bomiljø uten for store krav og kritiske holdninger. Viktige stikkord er også kontinuitet og tillit. De har videre lite eller intet nettverk og trenger bistand til å handle mat og klær, samt hjelp ved legebeseøk og lignende. Dette innebærer blant annet en utfordring med hensyn til transport.

Etter hvert har flere av pasientene kommet i en alder hvor somatiske problemstillinger i større grad dominerer sykdomsbildet enn tidligere. Dette forsterkes av at de i liten grad er i stand til å ivareta egen helse og fører til økt pleiebehov.

Beboerne har generelt problemer med å ivareta leilighetene, samtidig som de på grunn av sin sykdom bruker leilighetene på en måte som sliter på bygg og inventar som for eksempel uttalt røyking, manglende utlufting, stor fuktighet, slag og spark mot vegger og inventar. Dette betyr at behovet for vedlikehold og renovering av leilighetene er relativt stort.

Bemanningen i boligene er de siste årene redusert fra totalt 14,5 årsverk til 9,5 årsverk. Personalet er fordelt med gjennomsnittlig 3-4 personer på dagtid, inklusive daglig leder, og 2 personer på kveldstid og i helgene. I tillegg kommer aktiv nattevakt. Tre av de ansatte har høyskoleutdanning, mens resten i hovedsak er hjelpepleiere/omsorgsarbeidere. Daglig leder er vernepleier.

Alle pasientene får tjenester etter vedtak. De ansatte skal gi bistand og opplæring som bl.a. annet betyr at de skal utføre en del praktiske oppgaver i den enkeltes hjem sammen med pasienten. Alle har en primærkontakt. Noen av pasientene har støttekontakt. Hver 3.uke arrangerer pasienter og ansatte ved Aktivitetssenteret hyggekveld i Konglelundveiene.

Evaluering

Dette er en pasientgruppe som ut fra lidelsens karakter og varighet krever et tilbud som må være preget av faglig kompetanse, tydelighet og felles holdninger til hva tilbudet til den enkelte bruker skal inneholde. Videre er fleksibilitet i tilnærmingen viktig, da tilstanden til den enkelte pasient ofte vil svinge over tid. Dette er forhold det må arbeides kontinuerlig med.

Reduksjonen i bemanningen har utfordret personalet på hvordan en kan omprioritere ressursene og likevel gi et godt tilbud. Den økende alderen i pasientgruppen og det økende pleiebehovet krever mye ressurser og undergraver til dels intensjonen om Konglelundveien boliger som et aktivt behandlingsted for yngre, dårlige psykiatriske pasienter.

Det er viktig at boligene prioriteres for riktig gruppe pasienter og ikke fylles opp av somatisk pleietrengende pasienter eller boligtrengende som ikke hører inn under målgruppen for boligene. Videre bør en på sikt vurdere å omgjøre samtlige 15 leiligheter til kommunale leiligheter, da dette vil gi økt fleksibilitet.

Behovet for transport av pasientene ved handling og lignende, dekkes i dag delvis ved bruk av ansattes egne biler. Dette er ikke ønskelig og en bør vurdere behovet for en leasingbil tilknyttet boligen.

Når det gjelder forfallet av boligmassen med nedslitte og til dels ødelagte leiligheter, må det settes i verk tiltak som stanser dette og sikrer jevnlig oppfølging og vedlikehold.

Konklusjon

Kontinuerlig fokus på faglig kompetanse, tydelighet, felles holdninger og fleksibilitet i ansattgruppen. Ved ledighet i stillinger bør hjemlene vurderes gjort om til høyskolestillinger.

Det må vurderes alternative løsninger for pasienter med stort somatisk pleiebehov, slik at Konglelundveien boliger kan være et aktivt behandlingsted for yngre, dårlige psykiatriske pasienter i tråd med den opprinnelige intensjonen.

Samtlige 15 leiligheter i Konglelundveien borettslag gjøres om til kommunale leieleiligheter.

Det vurderes hvorvidt boligen bør få tildelt leasingbil.

Behovet for boliger spesielt tilrettelagt for denne brukergruppen vurderes jevnlig.

6.6 Rusteamet

Status

Rusteamet lå tidligere under kommunens sosialkontor, men har fra opprettelsen av NAV i 2009 vært organisert som en del av rus- og psykiatritjenesten. Teamet har i dag 4 ½ årsverk. Samtlige i teamet er sosionomer. I tillegg har tre ansatte videreutdanning innen rusproblematikk. Teamet er fysisk lokalisert i mellomgangen i Halden helsehus i nær tilknytning til Sosialmedisinsk poliklinikk (SMP). Teamet er underlagt avdelingsleder for rustjenesten som er sykepleier med tilleggsutdanning innen rus.

Rusteamet har en sosialfaglig tilnærming hvor hovedfokus for arbeidet er at personer med rusproblemer skal motiveres til rusfrihet, blant annet ved bruk av motiverende intervju (MI). I stor grad handler det imidlertid om å gi tjenester til personer som er i aktiv rus og hvor motivasjonen til rusfrihet er lav og/eller varierende. Her vil fokus være hjelp til best mulig livskvalitet for å ha et verdig liv og sette pasienten i stand til å motta tjenester fra det ordinære hjelpeapparatet.

Arbeidet til rusteamet omfatter blant annet kartlegging av pasientenes bruk av rusmidler, samt funksjonsnivå og vurdering av behov for tjenester, herunder praktisk bistand og opplæring for å kunne mestre blant annet boforhold, økonomi og forskjellige sosiale situasjoner. Psykososial oppfølging er således en viktig del av arbeidet. Viktige samarbeidspartnere er NAV, fastlegene og Sosialmedisinsk poliklinikk.

De fleste rusavhengige har en psykiatrisk tilleggslidelse, ofte som en følge av rusbruken, og faller således i gruppen ROP-pasienter. ROP-pasienter er ofte i behov av langvarige og koordinerte tjenester, og har rett til individuell plan (IP). Rusteamet har ansvar for å utarbeide en slik plan i samarbeid med andre enheter som blant annet spesialisthelsetjenesten, NAV og fastlegene. For i større grad å møte behovet til disse pasientene har kommunen i samarbeid med Sosialmedisinsk poliklinikk opprettet oppsøkende rusteam (ORTH). Kommunens andel av prosjektet er finansiert av statlige tilskuddsmidler. Se nærmere omtale av prosjektet nedenfor.

Rusteamet har ansvaret for vurdering og saksbehandling i forbindelse med bekymringsmeldinger og spørsmål om tvangsbehandling etter kapittel 10 i Helse- og omsorgstjenesteloven. Dette arbeidet er svært ressurskrevende. Videre behandler de søknader om opphold ved heldøgns omsorgsinstitusjoner. Teamet har henvisningsrett til behandling ved Sosialmedisinsk poliklinikk når oppfølgingen ute viser seg og ikke være tilstrekkelig

Rusteamet har et spesielt ansvar for oppfølgingen av gravide rusavhengige. Dette inkluderer også vurdering av behovet for tvangsbehandling som nevnt ovenfor.

Inntak og gjennomføring av legemiddellassistert rehabilitering (LAR) er spesialisthelsetjenestens ansvar. Kommunen er imidlertid tillagt ansvar for hjelp, oppfølging og veiledning av rusavhengige og har derved en sentral rolle i rehabiliteringsarbeidet. Teamet vil derfor ofte ha koordinatorfunksjonen i oppfølgingen av pasienter som mottar LAR. Per november 2015 står rusteamet for oppfølging av 20 LAR-pasienter.

Som en konsekvens av rusmisbruk, ser vi at mange har dårlig fysisk helse. Mange er dårlig ernærte, har perioder med lite søvn, sår og betennelser etter sprøytebruk. Enkelte har problemer med å finne seg til rette hos fastlege, følge opp timeavtaler og har problemer med betaling av egenandeler. Det kan da gå lang tid før de får hjelp for helseplagene.

Gjennom et tidligere prosjekt ble en stilling i rusteamet tillagt rollen som fengselskoordinator i kommunen. Som følge av nedbemanning i teamet, er dette i dag kun redusert til et ansvar for å ivareta kontakten med fengselet i forbindelse med tilbakeføring av innsatte rusavhengige fra kommunen. Generelt må samarbeidet med kriminalomsorgen beskrives som sparsomt.

Kommunen pålegges stadig nye oppgaver på rusfeltet – noe som innebærer et kontinuerlig behov for ny kompetanse. Kompetansesenter Rus (KORUS), fylkesmannen og kommunen arrangerer tre ganger i året rusforum. Dette gjøres på oppdrag fra helsedirektoratet og for statlige midler og har som formål å hjelpe til med implementeringen av nye oppgaver og veiledere på rusfeltet.

Rustjenesten bruker i dag «Brukerplan» til registrering av pasientene og deres behov, men har så langt hatt problemer med å dra full nytte av dette verktøyet.

Evaluering

Rusavhengige har behov for hjelp til å få de tjenestene de har rett til hos fastlegene, spesialisthelsetjenesten, NAV og ved boligkontoret. Disse oppgavene faller naturlig inn i en helhetlig oppfølging av brukergruppen og det bør derfor fortsatt avsettes tid til dette. Samtidig ser vi at det mangler et lavterskeltiltak for rusavhengige som ikke er i stand til å nyttiggjøre seg mer strukturerte aktivitets-/arbeidstiltak. Det er med andre ord behov for et værested som kan tilby servering av mat, tilbud om dusj, vask av klær, samtaler, opplæring og andre aktiviteter.

Kommunen har tidligere hatt en helsestasjon for rusavhengige – Portnerboligen helsestasjon – som ble lagt ned i 2011 av økonomiske årsaker. Det er et sterkt behov for at en på ny får opp et tilsvarende tilbud hvor rusavhengige kan få rent brukerstyr som kanyler og sprøyter, samt veiledning om hygiene, smittefare, kosthold og generelle helsespørsmål.

Kommunen søkte i 2014 om midler til både et lavterskeltilbud og en helsestasjon for rusavhengige som beskrevet ovenfor. Søknaden ble innvilget med ca. 1,5 mill kroner som er overført til 2015. Oppstart av tilbudene har så langt strandet på manglende egnede lokaliteter.

Saksbehandling knyttet til tvangsbehandling etter kapittel 10 i helse- og omsorgstjenesteloven er svært tidkrevende, samtidig som antall saker synes å være økende. Det bør ses på hvorvidt disse oppgavene kan effektiviseres gjennom å legge dem til et par personer med spesialkompetanse på området. En slik spesialisering medfører imidlertid en økt sårbarhet.

Kommunen opplever i stadig større grad at rusavhengige søker bistand og er bevisst sine rettigheter. En del legger seg inn på omsorgsinstitusjoner som Blå Kors og evangeliesentrene og søker kommunen om utgiftsdekning. Saksbehandlingen er tidkrevende og krever juridisk kompetanse. Det er derfor et økende behov for juridisk bistand for å sikre korrekt saksbehandling.

Konklusjon

Rusteamet vurderes styrket bemanningsmessig.

Det opprettes et lavterskeltiltak for rusavhengige som ikke er i stand til å nyttiggjøre seg mer strukturerte aktivitets-/arbeidstiltak, samt en helsestasjon for rusbrukere.

Vurdere å tillegge ansvaret for saksbehandlingen knyttet til tvangsbehandling og søknader om institusjonsopphold til et par saksbehandlere med spesialkompetanse på området.

6.7 Ambulerende team

Status

Teamet hadde sin oppstart i april 2004 og utgjør i dag 9,2 årsverk, hvorav 0,75 årsverk holdes vakant av økonomiske grunner. Rundt halvparten av de ansatte har 3-årig høyskoleutdanning innen helse-/sosialfag. Resten har i hovedsak fagutdanning innen helse. Flere av de ansatte har relevant tilleggsutdanning. Ambulerende team er som rusteamet underlagt avdelingsleder for rustjenesten.

Teamet går i en vaktordning som på hverdager dekker tidsrommet kl. 08.00 til 22.30 og på lørdager/søndager kl. 10.00 til 18.00. Teamet arbeider også på helligdager og høytider. Ut fra brukergruppens kompleksitet har en valgt en arbeidsform hvor en i hovedsak arbeider to og to sammen.

I 2008 ble teamet tillagt ansvaret for 8 kommunale boliger for rusavhengige på Nedre Hola og har siden hatt dette som base for virksomheten. Området er kameraovervåket. Teamet disponerer en leasingbil.

Hovedoppgaven til teamet er å gi et tilbud til unge rusavhengige med psykiske plager og som har et betydelig hjelpebehov. I tillegg kommer noen få «utbrente alkoholikere». Enkelte av brukerne har liten boevne. Hjelpen gis derfor i stor grad i den enkeltes hjem. Arbeidsmetoden ligger i grenselandet mellom psykisk helsearbeid, sosiale tjenester og pleie- og omsorgstjenester. Også for dette teamet er motiverende intervju et viktig verktøy i arbeidet. Teamet arbeider etter vedtak og samarbeider i hovedsak med Sosialmedisinsk poliklinikk, fastlegene, pleie- og omsorgstjenesten og NAV. Teamet har hittil ikke involvert seg i pasientenes medisinerings. Dette

for å unngå diskusjoner om pasientene skal ha eller ikke skal ha medisiner, og dermed få mulighet til å fokusere på andre temaer i pasientens liv.

Teamet har per i dag vel 50 pasienter med en viss utskiftning.

Evaluering

Ved oppstart var Nedre Hola tenkt som et som et tiltak som skulle lære unge ROP-pasienter å bo i egen bolig og ivareta behovet for oppfølging. I dag huser boligene i hovedsak yngre rusavhengige som har mange boforhold bak seg og som ikke får bolig annet sted. Samtidig har personalet over tid utviklet en mer realistisk holdning til hva vi kan forvente i boligene og har sett at streng håndhevelse av husreglene har liten verdi. Det har for øvrig vært viktig at tjenesten har fått være med på tildeling av boligene, da sammensetningen av beboere er av stor betydning for hva slags miljø en får her.

Da ambulerende team startet opp, bestemte en seg for at teamet ikke skulle håndtere legemidler. Bakgrunnen for dette var at en skulle unngå situasjoner hvor diskusjon om medisiner tok fokus fra andre viktige problemstillinger. Dette er fortsatt en reell problemstilling, men prinsippet om at teamet ikke skal involvere seg i pasientenes medisiner, har i noen sammenhenger vist seg å være vel stivbent. Erfaring tilsier at det ville være formålstjenlig med en mer fleksibel holdning på dette området.

Dersom et statlig pålegg om opprettelse av kommunale akutte døgnplasser (KAD-plasser), jf. kapittel 9.1.2, kan erstattes av et utvidet og lett tilgjengelig ambulerende akutteam, vil det være naturlig å bygge på ambulerende teams erfaringer og kompetanse. Teamet må i så fall tilføres ressurser.

Ambulerende team forveksles navnmessig ofte med Ambulant team ved DPS'et og bør derfor endre navn til Felteam.

Konklusjon

Det innføres en mer fleksibel praksis hvor teamet kan involveres i medisinhandteringen ved særskilte tilfeller hvor dette er hensiktsmessig.

Dersom et statlig pålegg om opprettelse av kommunale akutte døgnplasser, kan erstattes av et utvidet og lett tilgjengelig ambulerende akutteam, kan eventuelt teamet tilføres ressurser og kompetanse slik at de kan ivareta denne oppgaven.

Avhengig av statlige signaler vurdere utvidelse av teamet både med hensyn til ressurser og kompetanse som erstatning for eventuelle kommunale akutte døgnplasser.

Ambulerende team skifter navn til Felteam.

6.8 Boliger

Ved etablering av boliger for rus- og psykiatrispasienter møter en fort på to konkrete problemstillinger. For det første at borettslag/nabolag i liten grad ønsker disse pasientene i sitt nærmiljø. Og for det andre at rus- og psykiatrispasienter ikke er en ensartet gruppe og at det derfor er behov for et differensiert boligtilbud. En særskilt gruppe er eldre alkoholikere som ikke lenger kan klare seg hjemme og som ikke uten videre passer inn i ordinære eldreinstitusjoner.

Det finnes i dag to bemannede boligtilbud som er øremerket for rus- og psykiatrispasienter – Konglelundveien boliger og Nedre Hola – beskrevet ovenfor henholdsvis i kapittel 6.4 og 6.6.

I forbindelse med Boligsosialt utviklingsprogram (BOSO) ble det gjort en kartlegging av vanskeligstilte på boligmarkedet. Kartleggingen viste at Halden kommune har et behov for et bedre boligtilbud til rus- og psykiatrispasienter. Det framkom en gjennomgående mangel på differensierte kommunale boliger – det vil si kommunale boliger av ulik standard, størrelse, grad av samlokalisering og eieform – hvilket er en forutsetning for å kunne tilby gode løsninger for ulike pasientgrupper.

På bakgrunn av dette ble det utarbeidet en et forslag til fremtidige bolig- og tjenestetilbud til rusavhengige med følgende hovedpunkter:

- lavterskelboliger for rusbrukere som ikke klarer eller ønsker å nyttiggjøre seg kommunale oppfølgingstjenester – 8-10 boliger
- boliger for rusbrukere 18 til 30/40 år som kan og vil bo, men også vil fortsette å ruse seg. – 14-16 boliger (Øvre og Nedre Hola)
- rusfrie boliger for brukere som har vært til behandling og ønsker endring over tid og som innser at de trenger hjelp for og nå sitt mål – 4-5 boliger/leiligheter
- boliger for eldre alkoholikere som fortsatt vil ruse seg

Det ble ikke utarbeidet noen tilsvarende forslag når det gjaldt psykiatrispasientene, men ved kartleggingen fant en på dette tidspunktet 6 pasienter med behov for bemannet bolig tilsvarende tilbudet i Konglelundveien. Erfaringsmessig vil det være et tilsig av pasienter som vil ha et behov for denne type tilbud/oppfølging på anslagsvis 1-3 pasienter i året. Det er viktig at boliger øremerket for pasientgruppen prioriteres for riktig gruppe pasienter og ikke fylles opp av somatisk pleietrengende pasienter eller boligtrengende som ikke hører inn under målgruppen for boligene. Behovet for boliger spesielt tilrettelagt for denne brukergruppen bør vurderes jevnlig.

For øvrig førte prosjektet til opprettelse av én stilling som boligkoordinator og et team med miljøvaktmestere. Dette har resultert i en klart bedre bosituasjon for mange av pasientene. Det er viktig at disse funksjonene videreføres, da svært mange med rus- og psykiatriproblemer generelt har vanskelig for å ivareta egen bolig og ofte trenger hjelp til å forhindre at boligen forfaller – noe som eventuelt kan resultere i utkastelse.

Konklusjon

Forslaget til fremtidige boliger til rusavhengige og personer med psykiske lidelser utarbeidet under BOSO gjennomgås for å se på muligheten for realisering.

Funksjonene som boligkoordinator og miljøvaktmestere videreføres.

6.9 Prosjekter

6.9.1 Oppsøkende rusteam i Halden (ORTH)

ORTH er et samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset Østfold og Halden kommune. Målgruppen er ROP-pasienter (jfr. side 9) hvor vanlig tilgjengelige tjenester og tilbud har vist seg å være utilstrekkelig og hvor det er/antas å være behov for kartlegging og utredning. Prosjektet er forankret i en samarbeidsavtale og bygger på en modell utviklet i prosjekt Oppsøkende Rusteam (ORT) i Moss. Modellen beskriver blant annet et spesifisert og tidsavgrenset utredningsforløp over tre måneder. Prosjektet har også til hensikt å fremme samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kommunens deltagelse i prosjektet er finansiert av statlig tilskudd gjennom fylkesmannen.

Teamet består av 4 personer i 50 % stillinger, to fra kommunen og to fra Sosialmedisinsk poliklinikk (SMP) og gir tilbud om

- kartlegging og utredning av mennesker med ROP-problematikk
- et tjenestetilbud der både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester inngår i et forsterket, helhetlig og sammenhengende forløp forankret i IP og ansvarsgruppe
- vurderinger og anbefalinger for langsiktig oppfølging mht. ytelser og behov

Prosjektet startet opp i oktober 2014. Det er foreløpig lagt et løp basert på statlig tilskudd over en 3-års periode.

6.9.2 Helsestasjon for rusbrukere

Helsestasjon for rusbrukere – Portnerboligen helsestasjon – ble åpnet i januar 2006 og var et lavterskeltilbud til rusavhengige over 18 år. Hovedmålet var å virke skadereduserende og smitteforebyggende. Helsestasjonen ble imidlertid lagt ned høsten 2011 med bakgrunn i kommunens økonomiske situasjon.

Kommunen fikk i 2014 statlig tilskudd til 0,66 stilling (380.000) til å starte opp et lignende tilbud, men dette har så langt strandet på mangel av egnede lokaler. Det statlige tilskuddet ble overført fra 2014 til 2015 og videre til 2016. Det kan ikke forventes at tilskuddet videreføres til 2017 uten at kommunen kan framlegge klare planer for etablering av tilbudet.

6.9.3 Møteplass rusavhengige

Kommunen fikk i 2014 innvilget tilskudd til 2,0 stillinger (1.140.000) til etablering av et lavterskeltilbud for nettverksbygging, mestringserfaring og boligscole for ROP-pasienter. Beskrivelsen av tiltaket ble utarbeidet i samarbeid med BOSO og tiltaket skulle være et lavterskeltiltak for rusavhengige over 18 år som har behov for et værested og/eller aktivitet gjennom dagen. En viktig del av prosjektet skulle være en videreutvikling av samarbeidet mellom rus- og psykiatritjenesten og boligkoordinator/miljøvaktmestrene med fokus på pasientenes evne til å ivareta egen bolig.

På samme måte som for prosjektet nevnt ovenfor, ble det statlige tilskuddet overført fra 2014 til 2015 og videre til 2016. Det synes vanskelig å finne lokaler som gjør det mulig å gjennomføre prosjektet. Det bør derfor innledes samtaler med Fylkesmannen om muligheten for omdisponering av prosjektmidlene.

Konklusjon

Oppsøkende rusteam Halden videreføres etter endt prosjektperiode forutsatt positiv sluttevaluering.

Arbeidet med å finne egnede lokaler for en helsestasjon for rusavhengige intensiveres.

Det innledes samtaler med fylkeslegen om omdisponering av prosjektmidlene til «møteplass rusavhengige».

7. SAMARBEIDSPARTNERE

7.1 Kommunale samarbeidspartnere

7.1.1 Koordinerende fellestjenester

Koordinerende fellestjenester tar i mot og fordeler alle søknader, kartlegger og fatter vedtak om pleie- og omsorgstjenester. Når det gjelder kartlegging og vedtak innen rus- og psykiatritjenesten, vises til kapittel 5.3. Videre har koordinerende fellestjenester ansvar for støttekontakttjenesten, avlastningsordningen, omsorgslønn, BPA, tildelingen av kommunale boliger og holder oversikt over kommunens individuelle planer. I tillegg ligger tverrfaglig råd som fatter vedtak på mange av disse tjenestene i denne enheten.

Når det gjelder pasienter innen område rus og psykiatri, behandler tverrfaglig råd først og fremst søknader om støttekontakter. Støttekontakter er for en del brukere et viktig tiltak for å motvirke isolasjon. En del av brukerne har imidlertid på grunn av sin sykdom problemer med å opprettholde gode relasjoner over tid. Det synes for øvrig å være en trend at når det kuttes i andre tjenester, øker antall søknader om støttekontakter.

Koordinerende fellestjenester hadde fra høsten 2010 til utgangen av 2015 ansvar for kommunens deltagelse i Boligsosialt utviklingsprogram (BOSO) i regi av Husbanken. Jf. kapittel 6.8.

7.1.2 Pleie- og omsorgstjenesten

Kommunens pleie- og omsorgstjenester rettet mot hjemmeboende omfatter både hjemmesykepleie, hjemmehjelpstjenester og en miljøarbeidertjeneste. I 2015 rapporterte tjenestene at en totalt brukte 2,5 årsverk til denne pasientgruppen. Det dreier seg i hovedsak om medisinalutdeling og hjemmehjelp. I tillegg kommer sykehjemmene hvor psykiatritjenesten har vært inne i enkelttilfeller hvor det har vært bedt om bistand fra tjenesten. Generelt får imidlertid rus- og psykiatritjenesten relativt få henvendelser om bistand fra pleie- og omsorgstjenesten. Til tross for et begrenset omfang oppfattes tjenestene som viktige støttespillere for rus- og psykiatritjenesten.

I forbindelse med utarbeidelse av denne planen gikk det en forespørsel til enhetslederne på feltet om hva de mener det er behov for av bistand fra rus- og psykiatritjenesten i årene som kommer.

Enhet sykehjem mener at rus- og psykiatriproblemer blant eldre er underkjent og underdiagnostisert. En opplever også at dette er problemstillinger som gjelder stadig flere pasienter. Det pekes på tre hovedgrupper som utfordrer tjenesten.

For det første eldre som er avhengige av alkohol og/eller medikamenter. Dette fører med seg mange andre symptomer og plager og er blant annet en viktig årsaksfaktor til fall hos eldre. Videre eldre med adferdsproblemer og uavklarte demensdiagnoser hvor psykiatriske symptomer er fremtredende. Her er det utfordringer både med hensyn til utredning, diagnostisering og behandling. Endelig er angst- og depresjonsplager generelt hyppigere hos eldre, noe som har sammenheng med livssituasjonen. Særlig vil dette kunne være fremtredende hos pasienter med alvorlige somatiske tilstander som KOLS, kreft og progredierende nevrologiske sykdommer.

Enheten samarbeider i dag både med den kommunale rus- og psykiatritjenesten, DPS og alderspsykiatrisk post ved Kalnes, men etterlyser et bedre samarbeid enn tilfelle er i dag. De gir uttrykk for at de ønsker å bygge opp egen kompetanse i enheten slik at en kan ivareta den daglige oppfølgingen av «egne» pasienter, men ønsker rus- og psykiatritjenesten som støttespillere som kan gi råd og veiledning i mer kompliserte tilfeller.

Hjemmesykepleien opplever at et økende antall av deres pasienter - både yngre og eldre – har psykiske lidelser og/eller rusproblematikk. Dette er pasienter som er krevende i sin væremåte med utfordringer knyttet til alt fra evnen til å bo, til å holde avtaler, økonomi og ivareta egen fysisk helse. En ser et stort behov for kompetanse for å kunne ivareta dem på en bedre måte enn i dag. Et spesielt problemfelt er et økende antall eldre misbrukere. I tillegg til faglige utfordringer opplever hjemmesykepleien også utfordringer knyttet til journalføring og informasjonsflyt når det gjelder felles brukere i det «manglende tilganger til psykiatrijournaler kan sette både pasient og ansatt i fare».

Når det gjelder omsorgsboligene i Halden, er ikke disse lenger forbeholdt eldre med somatiske sykdommer. Omsorgsboligene har således i dag brukere fra 20 år og oppover med diagnoser fra psykisk utviklingshemming, rusproblemer og/eller psykiatriske diagnoser og alderspsykiatri. De daglige tjenestene ytes av personalet i omsorgsboligene og ambulerende miljøarbeidertjeneste men i mange tilfeller vil de være avhengige av et godt samarbeid med rus/psykiatritjenesten. De ansatte opplever at dette samarbeidet fungerer bra, men ser at det bør fokuseres på kompetanseheving av eget personale for bedre å være i stand til å observere og støtte på en faglig god måte i det daglige.

Tjenestene rettet mot psykisk utviklingshemmede påpeker at pasientgruppen ofte har psykiske lidelser. Dette er også et prioritert område fra sentrale fagmyndigheter som anbefaler kommunene å ha fokus på nettopp psykisk helse hos denne gruppen. Problemet her er at det generelt er lite kompetanse på psykiske lidelser hos psykisk utviklingshemmede – både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, inklusive Halden.

Svarene ovenfor indikerer at behovet for samarbeid og støtte fra rus- og psykiatritjenesten til de øvrige helse- og omsorgstjenestene i kommunen, er større enn det en får inntrykk av ut fra antall mottatte henvendelser. Dette kan ha sammenheng med kuttene i rus- og psykiatritjenesten de siste årene og tydelige signaler om begrenset kapasitet. For øvrig er den tid tjenestene rapporterer på bruk av årsverk overfor brukergruppen overaskende lavt.

Oppsummert synes det å være behov for:

- generell kompetanse på å møte, forstå og samtale med pasientgruppen
- spesifikk kompetanse på enkeltområder som psykisk utviklingshemmede og demens

Sannsynligvis spiller også manglende tid/kapasitet til å gå inn i de forskjellige problemstillingene en vesentlig rolle i dette bildet.

Konklusjon

Aktuelle avdelinger skolerer egne ressurspersoner, slik at de fleste situasjonene lar seg håndtere lokalt.

Under forutsetning av økt bemanning utpekes ansatte i rus- og psykiatritjenesten som kontaktpersoner definerte områder innen pleie- og omsorgstjenesten.

7.1.3 Fastlegene

Kommunen har til sammen 26 hjemler for fastleger. Erfaringstall viser at ca. 1/3 av pasientene som oppsøker fastlegene har psykiske lidelser i en eller annen variant.

Fastlegenes medisinske arbeid er en viktig del av det samlede psykiske helsearbeidet i kommunen. De aller fleste som har psykiske lidelser og trenger medisinsk utredning og behandling, kommer først til fastlegen. Fastlegene er derfor viktige samarbeidspartnere for det øvrige hjelpeapparatet som arbeider med denne type problemstillinger.

Hoveddelen av samarbeidet er knyttet til enkeltsituasjoner. I tillegg kommer fastlegenes deltagelse i utarbeidelsen av og oppfølgingen av individuelle planer og i ansvarsgrupper. Fastlegenes interesse for og kompetanse på fagfeltet er svært varierende, noe som også avspeiles i deres engasjement overfor brukergruppen. En annen utfordring er enkelte fastlegers utskrivning av vanedannende medisiner. Det ønskes i den sammenheng et tettere samarbeid om begrensning av avhengighetsskapende medikamenter ved angst/depresjon og personlighetforstyrrelser.

7.1.4 NAV

Mange av pasientene som følges opp av rus- og psykiatritjenesten, har også kontakt med NAV i forbindelse med økonomiske ytelser som sosial stønad, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd, samt ved behov for midlertidig bolig.

For mange pasienter er det å ha en regelmessig aktivitet å gå til viktig for å kunne strukturere hverdagen. Likevel opplever en at arbeidet med å få denne pasientgruppen ut i arbeid og aktivitet er lavt prioritert i NAV. NAV gjennomførte i samarbeid med spesialisthelsetjenesten – og til dels også kommunehelsetjenesten – i perioden 2012-2014 et prosjekt hvor en hadde som mål å få flere i arbeid etter IPS-modellen (Individual Placement and Support) og hvor arbeid ble sett som en del av behandlingen. Prosjektet resulterte i relativt få varige arbeidsforhold og det er nå opp til NAV hvorvidt denne arbeidsformen skal videreføres.

Generelt opplever rus- og psykiatritjenesten samarbeidet med NAV Halden som godt.

7.2 Spesialisthelsetjenesten

7.2.1 Sykehuset Østfold – Kalnes

Sykehuset Østfolds sengeposter innen psykisk helsevern («3.linjetjenesten») flyttet våren 2015 fra Veum og inn på det nye sykehuset på Kalnes. Hovedoppgavene til denne delen av tjenesten er utredning, diagnostisering og behandling av pasienter med psykiske lidelser, og særlig da pasienter hvor det er behov for tilbakeholdelse mot pasientens vilje. Herunder kommer også enkelte sentraliserte, fylkesdekkende tjenester som alderspsykiatrisk post og sikkerhetspostene.

7.2.2 Distriktpsikiatrisk senter Halden/Sarpsborg (DPS)

De fire distriktpsikiatriske sentrene (DPS'ene) i Østfold skal ivareta det lokale allmennpsykiatriske tilbudet til befolkningen i hvert sitt definerte opptaksområde. DPS Halden/Sarpsborg ble opprettet som ett DPS i 2005 og flyttet våren 2007 inn i lokalene til gamle Halden sykehus. DPS'et omfatter i dag en voksenpsykiatrisk poliklinikk, et ambulant team, to ordinære sengeposter (for pasienter med hhv. psykoser og personlighetsforstyrrelser/angst/depresjon) og en fylkesdekkende post for pasienter med spiseforstyrrelser (til sammen 35 sengeplasser). Pasientene er alle frivillig innlagt og kan ikke holdes tilbake med tvang.

Voksenpsykiatrisk poliklinikk har et utstrakt og godt samarbeid med den kommunale psykiatritjenesten, men oppleves å ha for liten kapasitet i forhold til dagens behov for spesialisttjenester på dette nivået. Inntak skjer på grunnlag av henvisning fra fastlege. Behandlingen skjer i hovedsak i form av individualsamtaler. I tillegg gir poliklinikken klinisk veiledning og undervisning til den kommunale psykiatritjenesten.

Ambulant team er en egen seksjon i DPS'et. Teamet skal kunne gi en rask vurdering og korttidsbehandling av pasienter som opplever akutte kriser og/eller akutt forverring av sin psykiske tilstand. I tillegg gis også i noen grad oppfølging og hjemmebehandling. Teamet har også – sammen med de øvrige ambulante teamene i Østfold – ansvar for å bemanne psykiatrisk akutteam (PAT) ved Kalnes på kveld, helg og helligdager. Teamet i sin nåværende form innebærer en klar styrking av spesialisthelsetjenestens tilbud.

7.2.3 Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)

Sykehuset Østfolds tverrfaglig spesialiserte behandling for rusmiddelavhengighet (TSB) består av to sengeposter (hhv. avgiftning/kartlegging og utredning/behandling) lokalisert til Sykehuset Østfold Moss, samt fem Sosialmedisinske poliklinikker. All behandling er forankret i Lov om spesialisthelsetjenester.

7.2.4 Sosialmedisinsk poliklinikk (SMP)

Sosialmedisinsk poliklinikk i Halden er samlokalisert med DPS'et i gamle Halden sykehus. Poliklinikken betjener kommunene Halden og Aremark.

Poliklinikken skal formidle spesialiserte tjenester til ungdom og voksne med rus- og avhengighetsproblem når det gjelder alkohol, tabletter, illegale rusmidler, samt spilleavhengighet. De gir også et tilbud til pårørende av rusavhengige.

Inntak skjer på grunnlag av henvisning fra fastlege og/eller det kommunale rusteamet, samt fra andre deler av sykehusvesenet. Poliklinikkens tilbud er rettet mot utredning og behandling. Den polikliniske behandlingen ved klinikken skjer i form av individualsamtaler, parsamtaler eller familiesamtaler. De ansatte gir også råd og veiledning til samarbeidende instanser og driver forskjellige former for undervisning.

7.2.5 Samhandling

Halden kommune samarbeider i dag direkte med spesialisthelsetjenesten gjennom flere faste formaliserte møter både på systemnivå og klinisk nivå. Samarbeidet oppleves i utgangspunktet i dag som godt. Når det gjelder DPS'et, kan det imidlertid synes som om en i større grad har fokus vendt mot «3.linjetjenesten» på Kalnes enn mot kommunalt nivå. Samtidig ser vi at en rekke

faktorer vil kunne sette samarbeidet på prøve i årene som kommer. Dette gjelder forhold som reduserte ressurser i kommunehelsetjenesten (etter opptrappingsplanen) og en intensjon i samhandlingsreformen og i statlige veiledere om flytting av oppgaver til kommunalt nivå uten medfølgende ressurser eller opplegg for nødvendig kompetanseheving. I denne situasjonen opplever vi nok at deler av spesialisthelsetjenesten i liten grad er engasjert i å finne frem til gode fellesløsninger.

7.3 Brukerorganisasjonene

Kommunen hadde i fireårsperioden 2007-2010 i samarbeid med Sykehuset Østfold, Sarpsborg, Rakkestad og Aremark ansatt en egen brukerkoordinator. Denne hadde som oppgave å bidra til økt kompetanse og innflytelse hos brukergruppen. Som et ledd i dette ble det i Halden også opprettet et eget brukerråd med representanter fra flere brukerorganisasjoner som Mental helse, Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO), Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse, (LPP) og Hvite Ørn. Dette ble nedlagt høsten 2012 da flere av organisasjonene trakk seg ut av samarbeidet bl.a. som følge av at kommunen ikke lenger hadde mulighet for å tildele organisasjonen økonomisk støtte.

I dag har kommunen ingen form for formalisert samarbeid med brukerorganisasjonene på dette feltet.

8. KOMPETANSE

Flertallet av de ansatte i rus- og psykiatritjenesten har relevant 3-årig helse-/sosialfaglig utdanning, de fleste med videreutdanning. I tillegg kommer flere med fagutdanning og spesialisering innen fagfeltet. Alle fagstillinger er besatt i henhold til stillingshjemmelen. I Konglelundveien boliger er det behov for å øke andelen høyskoleutdannede gjennom omgjøring av stillinger som i dag er besatt av personell med lavere utdanning.

Med bakgrunn i førende sentrale veiledere og en utvikling hvor stadig flere oppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, er det et klart behov for økt kompetanse på en rekke områder (jf. samhandlingsreformen). Dette gjelder særlig innen kognitiv terapi, traumeterapi og migrasjonshelse. Videre er det behov for økt veiledningskompetanse – dette ut i fra behovet for veiledning av annet helsepersonell som er i kontakt med pasientgruppene. Kompetansehevingen vil i hovedsak måtte skje i form av eksterne kurs og utdanningsløp, samtidig som en også sammen med spesialisthelsetjenesten forsøker å få til en lokal utdanning som gir formell kompetanse innen kognitiv terapi. Uansett vil dette innebære behov for økte ressurser, både i form av økonomi og personell som kan dekke opp for hverandre i forbindelse med kurs og utdanning. I tillegg kommer behov for økt kapasitet for å kunne veilede og bistå annet helsepersonell i faglige spørsmål.

Som påpekt ovenfor (jf. kapittel 7.1.2) er det også et behov for økt generell kompetanse på å møte, forstå og samtale med pasienter med rus- og psykiatriproblematikk blant ansatte i den øvrige pleie- og omsorgstjenesten. Da dette dreier seg om svært mange ansatte bør en i første omgang satse på en skoloring av noen ressurspersoner i de enkelte avdelingene, slik at de fleste situasjonene lar seg håndtere lokalt. Et mer strukturert samarbeid med rus- og psykiatritjenesten vil også kunne bidra til å overføre og styrke enhetenes kompetanse. I forkant av dette bør det gjøres et arbeid for å definere hvilke oppgaver som kan forventes løst lokalt og hvilke oppgaver som krever rus- og psykiatritjenestens kompetanse.

Under opptrappingsplanen ble det opprettet egen stilling for psykolog i kommunen rettet mot barn og ungdom. Erfaringen med stillingen var blandet og den ble etter relativt kort tid inndratt. Staten har senere oppfordret kommunene til å ansette psykologer og har gitt lønnskudd til slike stillinger, dog med en relativt høy egenandel. Regjeringen har i budsjettet for 2016 varslet at den vil innføre et lovkrav om psykologkompetanse i kommunene fra 2020. Det bør vurderes hvorvidt en allerede de nærmeste årene bør benytte dagens tilskuddsordninger.

Konklusjon

Det prioriteres kompetanseoppbygging innen kognitiv terapi, traumeterapi og migrasjonshelse, samt veiledning.

Det bør defineres hvilke oppgaver som krever rus- og psykiatritjenestens kompetanse og hvilke oppgaver som gjennom opplæring kan forventes løst lokalt i øvrig pleie- og omsorgstjeneste. I tråd med dette skolerer aktuelle avdelinger egne ressurspersoner på området.

Behovet for psykologer i tjenestene utredes.

9. NYE UTFORDRINGER

9.1 Samhandlingsreformen

9.1.1 Overføring av utskrivningsklare (USK) – pasienter

Da samhandlingsreformen trådte i kraft 1.januar 2012, ble det ved egen forskrift innført kommunal betalingsplikt fra første dag for pasienter som av spesialisthelsetjenesten ble definert som utskrivningsklare, men som i påvente av et kommunalt tilbud likevel ble værende i spesialisthelsetjenesten. Forskriften gjaldt ikke behandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengige (TSB). Det er varslet at forskriften fra 1.januar 2017 også skal omfatte disse pasientgruppene.

I forslaget til ny forskrift som regulerer dette forholdet, er en pasient definert som «utskrivningsklar når spesialist (lege eller psykolog) i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten. ... Vurderingen skal være basert på en individuell tverrfaglig vurdering.» Forskriften lister opp en rekke punkter som skal inngå i vurderingen og dokumenteres i pasientens journal.

Forslaget til forskrift ligger tett opp til det vi kjenner fra somatikken. Også her er det spesialisthelsetjenesten som har definisjonsmakten og avgjør hvilke pasienter som er utskrivningsklare. Dette er ikke alltid i samsvar med kommunens oppfatning – noe som i enkelte tilfeller fører til opphetede diskusjoner mellom forvaltningsnivåene. Dette forventes å bli enda vanskeligere når det gjelder rus- og psykiatripasientene da tilstander og diagnoser på dette feltet ikke er like veldefinerte som i somatikken. I tillegg krever de dårligste pasientene ofte et omfattende tilbud i kommunen – inklusive bolig og eventuelt egen bemanning – som det ofte vil ta tid å få på plass. Likeledes vil pasientene i noen tilfeller kreve en gradvis overføring til kommunen og det kan være vanskelig å fastsette et eksakt utskrivningstidspunkt.

Utfordringen for kommunens tjenester når det gjelder utskrivningsklare pasienter, vil være de dårligste pasientene nevnt ovenfor og hvor det er vil være behov for bolig og eventuelt tett oppfølging. Det er i dag vanskelig å si noe om omfanget av dette, men det synes fornuftig å avvente hvilke konsekvenser dette vil ha når forskriften iverksettes. Det er rimelig å tro at presset på psykiatriteamet vil øke – noe som igjen vil utløse behov for økt kapasitet i forhold til i dag (jf. kapittel 6.2). Det vil også kunne resultere i et økt press på kommunens øvrige tjenesteapparat, blant annet de som sitter med formidling av boliger. En mulig løsning vil være å holde av en av leilighetene i Konglelundveien som en gjennomgangsleilighet. Utfordringen blir å få disse pasientene videre.

Konklusjon

Fokusere på mottak av utskrivningsklare pasienter for å unngå at kommunen påføres unødvendige utgifter. Utviklingen følges nøye med tanke på nødvendige tiltak dersom utviklingen skulle vise økende utgifter for kommunen.

9.1.2 Kommunale akutte døgnplasser (KAD)

Kommunene fikk i forbindelse med samhandlingsreformen plikt til å etablere et tilbud om kommunale akutte døgnplasser for somatiske pasienter senest innen 1.januar 2016. Plassene skal være et alternativ til innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Halden har hatt et slikt tilbud bestående av fire sengeplasser lokalisert til 2.avdeling på Helsehuset siden høsten 2012. Etableringen ble finansiert ved øremerkede midler som ble trukket fra spesialisthelsetjenesten og overført kommunen. Fra 2016 er midlene lagt inn i rammetilskuddet.

I primærhelsemeldingen (St.melding 26 (2014-15)) signaliserer regjeringen at dette tilbudet fra 2017 også skal gjelde rus- og psykiatrispasienter. Hensikten er som for somatikken å gi pasienten et tilbud i nærmiljøet, samt å avlaste spesialisthelsetjenesten for innleggelser. Videre heter det at «regjeringen vil komme tilbake med de økonomiske rammene for en overføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene i de ordinære budsjettprosessene».

Det er så langt ikke avklart fra sentralt hold hvilke pasientgrupper som vil falle inn under et slikt tilbud. Spørsmålet har ved gjentatte anledninger vært reist overfor fylkesmannen uten at de så langt har vært i stand til å gi et svar, da heller ikke de har fått retningslinjer for dette.

Halden kommunen har – som de fleste andre kommuner – per i dag ikke egne korttids døgntilbud for rus- og psykiatrispasienter. Dette må i så fall bygges opp fra bunnen av – noe som både vil kreve tid og betydelige ressurser. Per i dag har ikke kommunen disse ressursene. Det er heller ikke noe sted som i dag umiddelbart peker seg ut for lokalisering av et slikt tilbud.

Enkelte formuleringer i stortingsmeldingen kan tolkes slik at andre tilbud enn døgnoophold – for eksempel et utvidet og lett tilgjengelig ambulerende akutteam – som kan hindre innleggelser i spesialisthelsetjenesten, kan være et alternativ til et døgntilbud.

Det er således en rekke usikkerhetsfaktorer knyttet til dette varslede tiltaket. Hvilke pasienter skal det omfatte? Hvor er grenseoppgangen mot spesialisthelsetjenestens tilbud – og da særlig opp mot tilbudet i DPS'ene? Må det være et døgntilbud eller kan et ambulerende tilbud være et alternativ? Hvilket kompetansenivå forutsettes det at et slikt tilbud skal ha? Hvordan skal oppbyggingen av tilbudet finansieres?

Før det tas nærmere stilling til hvordan dette skal løses lokalt i Halden, må det komme mer spesifikke signaler fra sentralt hold på hvordan en tenker seg dette tilbudet utformet og finansiert.

Konklusjon

Avvente informasjon fra sentrale myndigheter når det gjelder et kommunalt akutt døgntilbud til rus- og psykiatrispasienter, før planlegging av et slikt tilbud iverksettes.

9.2 Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020)

Regjeringen lanserte høsten 2015 en opptappingsplan for rusfeltet. Planen tar for seg de tre innsatsområdene tidlig innsats, behandling og ettervern/oppfølgingstjenester og har følgende fem hovedmål:

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

Regjeringen foreslår å øke bevilgningene til rusfeltet med 2,4 mrd. kroner i perioden 2016–2020. Som et ledd i satsingen er det for budsjettåret 2016 blant annet bevilget følgende:

- 200 mill i økte frie inntekter til kommunene
- 30 mill. kroner til utvikling av forpliktende samarbeidsmodeller
- 20 mill. kroner til styrking av tilskudd til arbeidstrening og aktivisering i regi av frivillige organisasjoner og sosialt entreprenørskap.
- 15 mill. kroner til styrking av tilskuddsordningen til oppfølging av barn av psykisk syke og barn av personer med rusproblemer

Sentrale myndigheter har i flere sammenhenger gjort det klart at en forventer at kommunene benytter midlene som bevilges til formål i tråd med intensjonene i opptrappingsplanen – selv om midlene ikke er øremerket. Dersom resultatrapporteringen viser manglende oppfølging i kommunene, vil regjeringen vurdere å ta i bruk sterkere virkemidler.

Som nevnt tidligere fant en i Halden i 2016 ikke rom for følge disse anbefalingene.

Konklusjon

Andelen av rammetilskuddet til kommunen som er knyttet til Opptrappingsplanen for rusfeltet, benyttes i størst mulig grad til å styrke kommunens rus- og psykiatritjeneste i tråd med intensjonen.

9.3 Asylsøkere og flyktninger

Norge har – på linje med andre vesteuropeiske land – de siste årene opplevet en økende tilstrømming av asylsøkere og flyktninger. Felles for personer som av ulike årsaker har blitt tvunget til å flykte, er at de ofte vil ha et større behov for helsetjenester enn andre i befolkningen (jf. Helsedirektoratets veileder «Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger og familiegjeforente» IS 1022). Mange av flyktningenes helseproblemer er også vanlige i Norge. Avhengig av bakgrunn, kultur, fysiske/psykiske traumer og tidligere tilgang på helsetjenester kan de imidlertid ha andre omfattende helseproblemer som krever tett oppfølging og bred kompetanse på tvers av de forskjellige fagområdene. Tilrettelagt kommunikasjon via tolk er ofte en forutsetning for å kunne yte forsvarlige helsetjenester til denne gruppen.

Psykisk helsearbeid rettet mot asylsøkere og flyktninger vil således kunne møte utfordringer som at

- synet på psykiske lidelser kan være forskjellig fra hvordan vi oppfatter dette
- mange har vært utsatt for store psykiske og fysiske traumer
- manglende felles språk vil oppleves som en barriere

- tilpasning til ny kultur, andre religiøse og kulturelle skikker og tradisjoner, oppleves som vanskelig

Når det gjelder språkproblemene, vil disse oppleves som vesentlig større ved behandling av psykiske lidelser enn i somatikken, da språket i stor grad er instrumentet i behandlingen. Bruk av tolk vil i slike tilfeller være helt nødvendig, men vil likevel ikke kunne løse problemene på området fullt ut.

Psykiatritjenesten har på linje med den øvrige helsetjenesten i kommunen lite kompetanse og erfaring når det gjelder undersøkelse, vurdering og behandling av asylsøkere og flyktninger. Som et første skritt i å kunne gi denne pasientgruppen et bedre tilbud, vil en i løpet av 2016 opprette et tverrfaglig flyktinghelseteam hvor blant annet en psykiatrisk sykepleier vil inngå. Det blir da viktig å gi medlemmene av teamet mulighet til deltagelse på relevante kurs.

Konklusjon

Det vurderes opprettet stilling for psykiatrisk sykepleier øremerket arbeid med asylsøkere og flyktninger. Stillingen organiseres under psykiatriteamet og inngår som en del av flyktinghelseteamet.