SAMORDNET TEMAPLAN
FOR
PSYKISK HELSE & RUSFELTET

2016-2019

SONGDALEN
KOMMUNE

Innhold

SAMMENDRAG ... 3
1.0 INNLEDNING ... 4
1.1 Bakgrunn ... 4
1.2 Lovverk/nasjonale føringer ... 4
1.3 Kommunens planarbeid ... 5
1.4 Brukermedvirkning ... 5
1.4.1 Systemkoordinator IP ... 6
1.4.2 Brukerutvalg ... 6
1.4.3 Brukerundersøkelser ... 7
2.0 SAMHANDLING ... 7
2.1 Samhandlingsreformen ... 7
2.2 Samhandling innad kommunen ... 8
2.3 Individuell plan IP ... 8
2.4 Barn som pårørende ... 8
3.0 PSYKISK HELSE OG RUS I SONGDALEN– lokalt sett opp mot nasjonale tall ... 9
3.1 Psykisk helse ... 9
3.1.1 Psykisk helse hos barn og unge ... 9
3.1.2 Psykisk helse hos eldre ... 10
3.2 Rus og rusmisbruk ... 11
3.3 Psykisk helse og rusmiddelbruk i Songdalen ... 12
3.3.1 Ungdata ... 12
3.3.2 Brukerplan ... 13
3.4 Utfordringsbilde i Songdalen ... 14
3.4.1 Levekår ... 14
3.4.2 Oppfølging og behandling ... 14
3.4.3 Økende innsøking ... 14
3.4.4 Arbeid og psykisk helse ... 14
3.4.5 Flyktningehelse ... 15
3.4.6 Boligsituasjon ... 15
3.4.7 Oppgave og ansvarsoverføring ... 16
4.0 MÅL, SATSNINGER OG PRIORITERINGER ... 16
4.1 Forrige plan ... 16
4.2 Morgendagens utfordringer ... 16
4.2.1 Psykisk uhelse ... 16
4.2.2 Levekår ... 17
4.2.3 Høyere levealder ... 17
4.2.4 Samhandlingsreformen ... 17
4.3 Mål ... 17

4.3.1 Tjenestilbudet skal være av god kvalitet 17
4.3.2 Tjenestene skal arbeide for helsefremming og forebygging 17
4.3.2 Helhetlig kompetansebygging 19
4.3.4 Tilbudene skal være samordnet og kontinuerlig 19
4.4 Satsinger og prioriteringer 19
4.4.1 Barn- og Ungdomshelse skal prioriteres. 19
4.4.2 Psykisk helsetjenester til eldre skal prioriteres 19
4.4.3 Informasjon om helse skal prioriteres 20
4.4.4 Kompetanse og fagutvikling skal prioriteres 20
5.0 ORGANISERING AV PSYKISK HELSE -/RUSARBEID I SONGDALEN KOMMUNE pr august 2016 21
5.1 Enhet for helse og omsorg 21
5.2 Funksjon for Systemkoordinator Individuell plan/kontaktperson koordinerende enhet 22
5.3 Skolene 23
5.4 Barnehagene 27
5.5 Barnevernstjenesten 29
5.6 NAV 30
5.7 Enhet for Livsmestring 31
5.8 Enhet for kultur og inkludering 35
7.0 KILDER OG REFERANSER: 38

God psykisk helse og trivsel kan styrkes gjennom et samfunn som legger til rette for at mennesker opplever:

- ***Identitet og selvrespekt*** *– Jeg er noe, jeg er noe verdt.*
- ***Mening i livet*** *– Jeg er del av noe større enn meg selv, det er noen som har bruk for meg.*
- ***Mestring*** *– Jeg duger til noe, det er noe jeg får til.*
- ***Tilhørighet*** *– Jeg hører til et sted, det er noen jeg føler meg knyttet til.*
- ***Trygghet*** *– Jeg kan tenke, føle og utfolde meg uten å være redd.*
- ***Deltakelse og involvering*** *– Jeg engasjerer meg i aktiviteter som angår andre mennesker.*
- ***Fellesskap og sosial støtte*** *– Jeg har noen å dele erfaringer, tanker og følelser med. Det er noen som er glad i meg, bryr seg om meg og som vil hjelpe meg når det trengs.*

SAMMENDRAG

Teksten ovenfor beskriver med få ord hovedtrekkene i hva som bidrar til god psykisk helse. De samme faktorer bør således være styrende faktorer for hvordan kommunen velger å tilrettelegge og bygge sitt tjenestetilbud til befolkningen.

Songdalen kommune har siste årene gjort et stort forbedringsarbeid innen psykisk helse og rusfeltet. Fokus på psykisk helsearbeid er økt og tjenestetilbudet har både blitt mer tilgjengelig og økt i sitt omfang. Som det vises til i planen er det samtidig identifisert flere utfordringsområder. Spesielt nevnes her sammenheng mellom levekårsutfordringer og psykisk lidelse og rusavhengighet. Samme gjelder et behov for styrkning av det forebyggende arbeidet.

Samordnet temaplan for psykisk helse og rusfeltet 2016-2019 er en revisjon og samordning av de to tidligere delte planene, plan for psykisk helse og plan for kommunens rusarbeid. I første del av denne nye samordnede temaplanen beskrives fagfeltet og statusbilde innad kommunen. Herunder aktuelt utfordringsbilde. Deretter skisseres de mål og satsningsområder kommunen bør velge for på best mulig vis kunne bidra til et best mulig forebyggende arbeid og for at flest mulig av de som allerede har fått psykiske eller rusrelaterte utfordringer kan få den hjelpen de trenger. Til slutt gjengis de enkelte fagenheters konkrete tiltak og satsningsområder.

1.0 INNLEDNING

Samordnet temaplan for psykisk helse og rusfeltet tar utgangspunkt i verdigrunnlaget for Songdalen kommune, beskrevet i kommuneplanen [2)]. Songdalens visjon er: ***«Songdalen for livskvalitet – et mål om trygghet og trivsel for alle».*** I dette legges blant annet:

- Songdalen skal være en attraktiv kommune å bo i.
- Songdalen skal være en god kommune å vokse opp i, leve i og bli eldre i.
- Innbyggerne skal oppleve trygghet for nødvendige tjenester.
- Tjenestetilbudet skal være av god kvalitet.

Samordnet temaplan for psykisk helse og rusfeltet har to målgrupper:

- De som skal bruke handlingsplanen i sitt virke, som lokalpolitikere, den kommunale administrasjonen og ansatte i tjenestene.
- De som tiltakene i handlingsplanen er rettet mot. Hele befolkningen er i målgruppen; fra det ufødte liv i magen til alderdom. Perspektivet og omfanget er slik fra vugge til grav, men det er gjort avgrensninger inn mot andre vedtatte kommunale planverk.

1.1 Bakgrunn

Med denne nye planen erstattes de tidligere Plan for p*sykisk helsearbeid 2011-2015* [3)] *og Rusplan 2004-2008.* Ny folkehelselov for kommunene fra 2012 og Samhandlingsreformen stiller nye krav til kommunene om samhandling på tvers av sektorer og fagområder. Også i ny veileder for psykisk helse og rusarbeid i kommunene, Sammen om mestring [26)] poengteres at psykisk helse og rus skal sees i en sammenheng. Som følge av disse føringer har man derfor funnet det hensiktsmessig å utarbeide en ny samordnet plan da disse fagområdene er nær beslektet og har stor grenseflate mot hverandre.

Planen skal legge et faglig og verdimessig fundament for de tjenester som i hovedsak arbeider innen fagfeltet psykisk helse og rusarbeid, men gir samtidig også et fundament for andre avdelinger og enheter som gir tjenester til innbyggere med utfordringer innenfor psykisk helse og/eller rusfeltet. Temaplanen gir retning for videre utviklingsarbeid innen alle tjenesteområder og har prioriterte tiltak det skal arbeides med i planperioden. Årlig innarbeides utviklingsområder fra planen inn i handlingsprogrammet og arbeidsmål i enhetenes virksomhetsplaner.

1.2 Lovverk/nasjonale føringer

Kommunen plikter at alle helse- sosial- og omsorgstjenester som ytes er faglig forsvarlige. Innen det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet står følgende lovverk sentralt:

Helse- og omsorgstjenesteloven LOV-2011-06-24-30

Lov om helsepersonell LOV-1999-07-02-64

Pasient- og brukerrettighetsloven LOV-1999-07-02-63

Folkehelseloven LOV-2011-06-24-29

Arbeid- og velferdsforvaltningen (NAV-loven) LOV-2006-06-16-20

Alkoholloven LOV-1989-06-02-27

Barnevernnoven LOV-1992-07-17-100

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator FOR-2011-12-16-1256

Det foreligger en lang rekke fagspesifikke veiledere, rundskriv og forskrifter på fagområdet. I tillegg finnes det andre rapporter, publikasjoner og undervisningsmateriell som gir innspill til hvordan kommunen best skal innrette og organisere sine tjenester. Noe komplett

kunnskapsoversikt over disse foreligger ikke og vil heller være hensiktsmessig å føre opp, da langt de fleste av disse er under kontinuerlig revisjon og nye elektroniske versjoner vil komme til i planperioden. Vi har i siste kapittel listet opp de mest sentrale dokumenter som er referert til i denne planen, uten at denne listen er uttømmende.

1.3 Kommunens planarbeid

Utarbeidelse av samordnet temaplan for psykisk helse og rusfeltet inngår som del av kommunens plansystem [1)] og utgjør en av kommuneplans samfunnsdels temaplaner. Temaplanen er et resultat av tverrfaglig og -sektorielt arbeid. Det ble opprettet en referansegruppe som gjennom møter og forarbeider til disse har arbeidet konkret med målsettinger, problemstillinger, tiltak og prioriteringer til temaplanen. Referansegruppens medlemmer ble bedt om holde ansatte og tillitsvalgte orientert om arbeidet. Enhet for Livsmestring ble gitt ansvar for å igangsette, sammenfatte og ferdigstille planen.

Referansegruppe har bestått av:

- Rådmannens ledergruppe, v/ kommunalsjef Brede Skaalerud
- Kommuneoverlege Atle Kristensen
- Kommunepsykolog Annette Haugjord
- NAV, v/enhetsleder Tone Bech
- Kultur og inkludering, v/enhetsleder Gunn Heidi Gabrielsen
- Helse og omsorg, v/enhetsleder Margun Øhrn
- Barnevern, v/enhetsleder Liv Turid Naglestad/Anette Johnsen Anthony
- Skole, v/ skolefaglig ansvarlig Jan Kittelsen
- Barnehager, v/ barnehage rådgiver Sylvi Sunde
- Systemkoordinator IP, v/leder Mette B. Nilsen
- SLT-koordinator Merethe Lindtner
- Livsmestring, v/ enhetsleder Bjarte Austvik
- Hovedtillitsvalgt Janne Slotte
- Hovedtillitsvalgt Marit Hagen Kleveland
- Hovedtillitsvalgt Maria Lango
- Brukerrepresentant utpekt av brukerutvalget Jan Ivar Ekeberg
- Sekretær v/ass.enhetsleder Merethe Moy

1.4 Brukermedvirkning

I en lang rekke av lover, forskrifter, veiledere og andre rundskriv, pålegges kommunen at tjenestene organiseres og utformes i et bruker- og mestringsperspektiv. Brukermedvirkning skal sikres både på systemnivå, i planleggingsarbeid og tjenesteutforming, samt også på individnivå i møte med den enkelte bruker. Tjenestene skal representere et tilbud til kommunens innbyggere som er lett tilgjengelig (lavterskel) og som mobiliserer brukerens ressurser og ønsker (mestring) i tett samarbeid med andre interne og eksterne instanser (samhandling). Tjenestene skal ha tillit til at samarbeidende instanser yter gode tjenester og har forventninger om å skape tillit hos samarbeidspartnere gjennom brukermedvirkning, faglig forsvarlighet og mobilisering av egen kompetanse i møtet med brukerne. Brukerne har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkningen har en egenverdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Brukermedvirkningen vektlegger brukerens egen forståelse av hva som skal til for å skape endring, og understreker at det er brukeren som er den viktigste når det gjelder å få til endring.

Det er ulikhet fra tjeneste til tjeneste på hvilken måte brukermedvirkning integreres som del av tjenestenes virksomhet. Krav til brukermedvirkning er også omtalt på ulikt vis i de forskjellige lovverk tjenestene skal innrette seg etter. Skole har sine pålegg, sosialtjeneste

har sine osv. Opplisting av disse gjengis ikke i denne planen da disse er omtalt i egne temaplaner. Relatert til denne planen har kommunen på systemnivå to sentrale tiltak:

1.4.1 Systemkoordinator IP

Systemkoordinator for Individuell plan (IP), er organisert i rådmannens stab og har en kommunedekkende funksjon. Oppgaver knyttet til funksjonen er blant annet koordinatoropplæring, veiledning av koordinatorer, oppdatere intern rutiner ved behov, evaluering, bistå ved uklare ansvarsforhold og komplekse saker (HOL §7, NAV-lov §15 m.fl.).
Koordinerende enhet for habilitering/rehabilitering: Funksjonen kontaktperson/leder ivaretas av systemkoordinator og skal være en synlig kontakt inn mot kommunen og kan ved behov innkalle til tverrfaglige møter.

Hovedmål: Sikre at alle som har rett på individuell plan får informasjon om ordningen. Uavhengig av om bruker ønsker individuell plan skal bruker tildeles en koordinator. Som regel utpekes en koordinator i den enhet hvor hovedtyngden av tjenester ligger.
God kvalitet: Bruker skal oppleve sine tjenester som relevante og koordinerte.
Helsefremming/forebygging: Stimulere aktuelle brukere til egeninnsats og mestring slik at de kan leve livet mest mulig selvstendig.

Samordnet/kontinuerlig kompetansebygging: Tilby koordinatoropplæring + veiledning (enkeltvis eller små grupper), til aktuelle ansatte.
Samordnet/kontinuerlig tilbud: koordinator i tett samarbeid med bruker, styrer prosessen med koordinering av tjenester slik at bruker opplever rett tjeneste, til rett tid av rett instans. Tilbud evalueres jevnlig slik at justeringer (eks. nye tjenester, avslutte tjenester, redusere/trappe opp tjenester) kan gjøres. Ved behov innkaller koordinator til samarbeidsmøter (ansvarsgruppemøter).

Utviklingsarbeid i Knutepunktkommuner
Det igangsettes nå et arbeid i Knutepunktet for å vurdere følgende områder/muligheter for samarbeid:

1. Etablere en modell for Koordinerende Enhet- som kan brukes i hver av knutepunktkommuner
2. Etablere nettbasert og brukervennlig informasjon og rutiner
3. Utarbeide felles metodikk knyttet til Individuell Plan/koordinatorrolle
4. Felles plan og rutiner for systematisk kompetansebygging for koordinatorer

1.4.2 Brukerutvalg

For de tjenester som har psykisk helse- og rusarbeid som sitt hovedanliggende, organisatorisk beliggende i enhet for Livsmestring, har kommunen opprettet et eget brukerutvalg. Brukerutvalg for Livsmestring ble opprettet i mai 2014, med representanter fra brukerorganisasjonene: Mental Helse, A-larm, Landsforeningen for pårørende av psykisk syke LPP, samt en uavhengig representant.

Brukerutvalget har jevnlige møter og er gitt følgende mandat:

Ombudsfunksjon
Brukerutvalget kan på eget initiativ eller på vegne av brukere og pårørende, drøfte med enheten saker som angår brukerne. Brukerutvalget skal således bidra til at personer som mottar tjenester fra enhet for livsmestring blir hørt i saker som angår den tjenesten de mottar, eller der tjenester ikke gis, men etterspørres.

Rådgivende organ
Brukerutvalget skal tas med i et samarbeid om utvikling og organisering av tjenesten.

Brukerutvalget som helhet, eller enkeltrepresentanter utvalget selv utpeker, skal inviteres med i vesentlige prosjektarbeider eller større endringer av tjenestetilbudet som kan ha konsekvens for brukerne.

Enhet for livsmestring forplikter seg til årlig fremlegg av årsrapport med driftsstatus og statistikk. Møtefrekvens avgjøres av brukerutvalget selv. Brukerutvalgets sekretær og møterom holdes av enhet for Livsmestring

1.4.3 Brukerundersøkelser

På temaområdet psykisk helse har kommunen med ujevne mellomrom gjennomført brukerundersøkelser. Hensikten med brukerundersøkelsene er at kommunene skal kunne følge med i egen kvalitetsutvikling, ha et verktøy som kan bidra til brukerdialog og samtidig kunne sammenligne seg med andre kommuner. Det finnes flere modeller for gjennomføring av brukerundersøkelser. Kommunen har tidligere valgt å benytte seg av KS sitt opplegge via portalen bedrekommune.no. Informasjon som innhentes via denne undersøkelsen innhentes i hovedsak i form av kvantitative data. Nytteverdien i denne ligger i første rekke at man kan få sammenlignende tall med andre kommuner. Utfordringen med slike undersøkelser er imidlertid er at de gir oss mindre informasjon om kvaliteten på egne tjenester. Siste året har kommunen derfor valgt å gjennomføre en relativt omfattende kvalitativ brukerundersøkelse bygget på en modell som har benyttet bruker spør bruker metodikk. Undersøkelsen er gjennomført som et aksjonsforskningsarbeid samarbeid med Agderforsking og bruker- og pårørende organisasjonen A-larm. Samarbeidet videreføres og data innhentet fra undersøkelsen vil inngå som del av tjenestenes kvalitetsforbedringsarbeidet i det videre.

2.0 SAMHANDLING

Helhetlige og koordinerte tjenester forutsetter at det etableres tverrfaglige samarbeid om tjenestene, på tvers av profesjoner, instanser og forvaltningsnivåer. Tjenesteutøverne må samarbeide om løsninger som ivaretar brukerens mål og behov. Fagperspektivene bør forenes med utgangspunkt i et tydelig brukerperspektiv. Et godt samarbeid krever at utøverne utvikler felles forståelsesramme og begreps-forståelse. Gjensidig refleksjon rundt problemstillinger kan være en nøkkel i det tverrfaglige arbeidet.[26)] Samhandling på psykisk helse og rusfeltet skal være styrende både på systemnivå mellom tjenestenivåer og tjenester så vel som i den direkte tjenesteutøvelse.

2.1 Samhandlingsreformen

Kommunene skal se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene de har ansvar for. Tjenestene skal ha god kvalitet, være trygge, tilgjengelige, effektive, og med kortest mulig ventetider. Samhandlingsreformen legger vekt på å skape et mer helhetlig helse- og omsorgstilbud, med forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Samhandlingsreformen ble startet i 2012 med to nye lover og en rekke økonomiske og faglige virkemidler. Målet er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp når de trenger det, nærmest mulig der de bor. Fagfeltene rus- og psykisk helse er høyt prioritert.[18)] Regjeringen vil ha en ny og forsterket innsats overfor mennesker med rusmiddel- og eller psykiske problemer. Fra og med 2017 vil psykisk helse og rusfeltet innfases i samhandlingsreformen. Med dette følger ytterligere ansvars- og oppgaveoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Herunder kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold.[16)] For å imøtekomme dette kravet er det igangsatt et interkommunalt og tverrsektorielt arbeid til utforming og revisjon av samarbeidsavtalene mellom sykehuset og kommunen.

2.2 Samhandling innad kommunen

Songdalen kommune har siste tiårsperiode gjennomført et betydelig samordnings og forbedringsarbeid på psykisk helse og rusfeltet. Tilsynsrapport fra Fylkesmannen i Vest-Agder i 2005-06 for tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere konkluderte med både merknader og avvik knyttet til manglende myndighet og ansvarsdeling. Etter oppdrag fra rådmannen med bistand fra Agderforskning ble det gjennomført en bredere gjennomgang av relaterte tjenester innen fagfeltet. På bakgrunn av de funn denne gjennomgangen viste [7)] besluttet man med oppstart i 2013 å opprette egen fagenhet for relevante tjenester innen psykisk helse og rusfeltet for voksne, enhet for Livsmestring. Som for tjenestene mot voksne så man behov for å gjennomføre en tilsvarende gjennomgang av tjenestetilbudet også for barn og unge. Med bistand fra konsulentfirmaet Oxford Research[6)] ble det gjennomført nok en gjennomgang av tjenestetilbudet. Resultatet ble at man fra 2015 inkluderte også de relaterte helsetjenester mot barn og unge inn som del av enhet for Livsmestring. Kommunen har med dette gjort et betydelig forbedringsarbeid knyttet til samhandling mellom relaterte tjenester.

2.3 Individuell plan IP

Formålet med individuell plan og koordinator, jfr forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 1,er å:

- sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
- sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer

Koordinator er en tjenesteyter som skal sikre nødvendig oppfølging og samordning av tjenestetilbudet samt framdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinator oppnevnes i forbindelse med individuell plan, men skal også tilbys selv om vedkommende takker nei til individuell plan. Formålet med koordinator er det samme som for individuell plan. Som beskrevet ovenfor har Songdalen ved ansettelse av person i stilling som Systemkoordinator IP avsatt ressursefor opplæring og tilsyn innad tjenestene for å sikre at Individuell plan er kjent for de ansatte og at det benyttes som verktøy i tjenestevirksomhetene.

2.4 Barn som pårørende

Barn kan ikke på egenhånd sikre at deres interesser ivaretas. Det stilles derfor særskilt krav til samhandling til barns beste. Helsepersonell skal bidra til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av forelderens tilstand. Bestemmelser om dette gis i helsepersonell loven (§ 10a) og regulerer helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende Formålet med bestemmelsene er:

- å sikre at barna blir fanget opp tidlig
- at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk
- å forebygge problemer hos barn og foreldre.

Bestemmelsene gjelder både for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og private helsetjenester. For å sikre at Songdalen kommune opprettholder disse krav har man oppnevnt barneansvarlig i flere av kommunens fagenheter med hovedansvar barneansvarlig ved kommunens barnevernstjeneste. Som følge av opprettelse av interkommunalt barnevern har funksjon som kommunens barneansvarlig nå

blitt lagt til kommunepsykologstillingen. Kartlegging av barn som pårørende og tilbud om barnesamtaler/pårørendesamtaler er et viktig satsningsområde i kommunen.

3.0 PSYKISK HELSE OG RUS I SONGDALEN– lokalt sett opp mot nasjonale tall

3.1 Psykisk helse

Befolkningens psykisk helse har relevans og betydning for store deler av samfunn og samfunnsutviklingen. I det følgende presenteres et komprimert og kortfattet utvalg av tall og grunnlagsmateriale med relevans for kommunens tjenestetilbud.

Folkehelseinstituttet[4)] løfter frem følgende hovedpunkter:

- Mellom én av tre og én av to vil bli rammet av en psykisk lidelse i løpet livet.
- Psykiske lidelser og ruslidelser opptrer ofte samtidig.
- Vi vet lite om enkeltårsakene, men både genetiske og miljømessige faktorer kan øke risikoen for å utvikle psykiske lidelser.

Tall fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse i 2008 viser at om lag 8-10 prosent av den voksne befolkningen i Norge har betydelige psykiske plager.[36)] Omfanget av betydelige psykiske plager i befolkningen synes dog å variere over relative korte tidsrom. Norske og internasjonale studier viser at 30-50 prosent av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet.[35)]

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

I løpet av ett år vil 10-30 prosent av den voksne befolkningen ha psykiske plager som fyller kriteriene for minst én psykisk lidelse, og av disse vil halvparten fylle kriteriene for minst to lidelser.[4)] De lidelsene som oftest opptrer sammen er angst og depresjon, samt ruslidelser og andre stemningslidelser. Personer som rammes av flere psykiske lidelser samtidig har sterkere funksjonsnedsettelse og dårligere prognose enn de som rammes av én lidelse. For eksempel kan personlighetsforstyrrelser vanskeliggjøre behandling av angst og depresjon. Den totale sykdomsbyrden kan slik bli større enn summen av hver lidelse for seg.

Bruk av rusmidler er vanligere blant personer med psykiske lidelser enn ellers i befolkningen. Blant personer med depresjon og bipolar lidelse har rundt 20 prosent også problemer med misbruk eller avhengighet av alkohol eller andre rusmidler. Rusmisbruk er spesielt utbredt blant personer med psykoselidelser som for eksempel schizofreni. Cannabis og amfetamin er de hyppigst brukte rusmidlene blant personer med schizofreni.[4)]

Det er godt vitenskapelig grunnlag for å hevde at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og risikoen for psykiske lidelser. Flere studier har blant annet funnet en sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status og depresjon.

3.1.1 Psykisk helse hos barn og unge

Mange barn og unge rammes av psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager og lidelser er et stort helseproblem hos barn og unge i Norge i dag. Til enhver tid regner man med at:

- 15-20 prosent av barn og unge mellom 3 og 18 år har nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager som angst, depresjon og atferdsproblemer.

- Omtrent åtte prosent av barn og unge har så alvorlige problemer at det tilfredsstiller kriteriene til en psykisk lidelse.[4)]

For barn og unges psykiske helse er følgende hovedpunkter sentrale:

- Personer med psykiske vansker i barne- eller ungdomsårene har økt risiko for å oppleve psykiske plager og psykiske lidelser senere i livet.
- Komplikasjoner i svangerskap og fødsel, mishandling og traumer i barndom, samt senere faktorer, slik som mobbing, tapsopplevelser og bruk av rusmidler, kan øke risiko for både utbrudd og tilbakefall av psykiske lidelser. [4)]

For de fleste barn og unge er psykiske plager forbigående, men hos noen vedvarer plagene. En fjerdedel av barn som ved 18 måneders alder har betydelige psykiske plager, har det også ved 4 års alder. Blant fireåringer vil 40 prosent av de med betydelige psykiske plager fremdeles ha dette som 10-åringer.

Det er vanlig at flere psykiske lidelser opptrer samtidig:

- Om lag fire av fem fireåringer med depresjon og atferdsforstyrrelser har en annen psykisk lidelse i tillegg.[40)] Emosjonelle lidelser (angst- og depresjonslidelser) og atferds lidelser opptrer ofte samtidig.
- Ved 8-10 års alder har mange barn med ADHD, atferds lidelse eller emosjonell lidelse en annen psykisk lidelse i tillegg. Man regner med at mellom 3 og 5 prosent av barn og unge under 18 år har ADHD.[32)] Det er vanligst at atferdsforstyrrelsene opptrer sammen med ADHD eller angst- og depresjonslidelser.[32)]
- I ungdomstiden (13-18 års alder) har man funnet at om lag 40 prosent av ungdommene som lider av en gruppe av psykiske lidelser (f.eks. stemningslidelser) også tilfredsstiller kriteriene for en annen gruppe av psykiske lidelser (f.eks. atferdsforstyrrelser) [34)] Dette gjelder særlig for stemningslidelser.

Tall fra tre større ungdomsundersøkelser i Oslo (Ung i Oslo 1996, 2006 og 2012) [41)] viser en tendens til økning i depresjonsplager og nedgang i atferdsvansker blant elever i 9 og 10 klasse samt i 1. klasse videregående fra 2006 til 2012.[41)] Det har vært uvisst hvorvidt dette er et enkeltstående funn eller del av en større utviklingstrend. Den norske levekårsundersøkelsen sammen med nye tall fra reseptregisteret kan tyde på at dette er en utviklingstrend. For aldersgruppen 15-19 år viser tall fra Reseptregisteret at det var en sterk økning i antallet som brukte antidepressiva i perioden fra 2004 til 2013. Blant unge gutter økte antallet fra cirka 1300 til 1800 brukere (44 prosent økning) og blant unge jenter fra cirka 2800 til 4100 brukere (48 prosent økning). [37)] Blant dem som var 20 år og eldre var økningen på 11 prosent (kvinner) og 13 prosent (menn). [4)]

Lav sosioøkonomisk status hos foreldre har sammenheng med dårligere psykisk helse hos barna. En norsk studie fra 2012 viste mer atferdsvansker og hyperaktivitet/uoppmerksomhet blant barn fra familier med lavere sosioøkonomisk status sammenlignet med barn fra familier med høyere sosioøkonomisk status. [30)]

3.1.2 Psykisk helse hos eldre

Antall personer over 67 år forventes å bli mer enn fordoblet fram mot 2050. I takt med høyere alder øker sjansene for å rammes av sykdom og funksjonstap betydelig. Ensomhet, tap av helse og tap av nære personer utsetter også eldre for risiko for å utvikle depressive tilstander. I gjennomføringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr.63), rettet nasjonale helsemyndigheter svært liten oppmerksomhet mot kommunenes tilbud til personer over 65 år. Nettopp av den grunn har svært få kommuner lagt til rette for et psykisk helsearbeid som er tilpasset eldre. En kan med andre ord ikke skylde på kommunene for denne mangelen i helsetjenestetilbudet, etter som kommunene samvittighetsfullt fulgte statens klare føringer for bruken av de årlige øremerkede tilskuddene til psykisk helsearbeid.

Her var ikke eldre nevnt med et eneste ord. I takt med en stadig eldre befolkning må man imidlertid forvente økt behov for helsetjenester for psykiske lidelser fremover.

Rusmiddelbruken blant eldre er økende. Dette gjelder spesielt bruk av alkohol og vanedannende legemidler. Tall fra den store helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag[9)] viser at andelen kvinner og menn som rapporterer problemer knyttet til alkohol, har økt fra 1995 til 2008, og aller mest i aldersgruppen 50 – 70 år. Bruken av reseptbelagte vanedannende legemidler øker med alderen og er særlig høy hos eldre kvinner. Tall fra Reseptregisteret fra perioden 2005 – 09 viser at eldre over 70 år får forskrevet store mengder beroligende medikamenter, søvnmedikamenter og ulike typer smertestillende. Rus- og avhengighetsproblemer hos eldre har alvorlige individuelle og samfunnsøkonomiske omkostninger i form av økt forekomst av kompliserte sykdomsforløp, skader og bruk av helsetjenester, inkludert sykehusinnleggelse. Aldersrelaterte endringer i fysiske, psykiske og sosiale forhold øker den eldres sårbarhet for negative virkninger av rusmidler, men rusproblemer hos eldre er i stor grad underdiagnostisert og underbehandlet.[38)]

3.2 Rus og rusmisbruk

Alkohol

Alkoholforbruket i Norge øker og er i dag cirka 40 prosent hyere enn forbruket tidlig på 1990-talet – dersom vi sammenligner registrert årlig forbruk tidlig på 1990-tallet og registrert årlig forbruk de siste årene.[37)] Uregistrert forbruk fra blant annet grensehandel og avgiftsfri handel på flyplasser kommer i tillegg og har i perioden sannsynligvis økt mer enn det registrerte forbruket. At alkoholforbruket øker blant voksne blir støttet av blant annet følgende undersøkelser:

- Menn drikker fremdeles mer enn kvinner, med unntak av vin, men det er flere kvinner som drikker alkohol i dag enn for få år siden.[37)]
- I løpet av perioden 1997–2008 økte andelen eldre over 70 år med problematisk alkoholforbruk fra under 0,5 prosent til 4,5 prosent.[9)]
- En studie som omfatter selvrapportert alkoholforbruk i Norge for perioden 1973–2004, viste både økning i tallet på stordrikkere og økt alkoholbruk i befolkninga generelt frem til 2004.[37)] Det er ikke gjort tilsvarende undersøkelser de siste 10 åra.
- Alkoholbruken blant unge har derimot gått ned.[41)] Det viser tall fra undersøkelsen «Ung i Oslo 2012», sammenlignet med tilsvarende undersøkelser i 1999 og 2006.

Illegale rusmidler

Bruken av ulovlige rusmiddel øker. Utviklingen i beslagsstatistikk fra Kripos er den samme som utviklingen i analysefunn knyttet til mistanke om påvirka kjøring, voldsepisoder eller andre straffbare forhold.[4,36)] Trender fra forskjellige studier og årsstatistikk fra politiet viser at bruken av cannabis, amfetamin og kokain har økt, mens bruken av heroin har gått ned i perioden 2008/2009–2011/2013.[4)]

Sosioøkonomiske forskjeller i rusmiddelbruk

Alkoholbruk og hyppighet for alkoholinntak øker i takt med høyere utdanning og inntekt, men færre i denne gruppa blir alkoholavhengige enn i grupper med lav inntekt og utdanning.[37)] Personer som ikke lever i parforhold, har også høyere alkoholforbruk enn personer med partner[37)] Prosentdelen som ruser seg på hasj og tabletter, er høyest blant de med lav sosioøkonomisk status. Rusmiddelbruk er også vanligere i grupper med problematferd og for eksempel hos elever som ofte skulker skolen. Personer med høy sosial status har oftere prøvd narkotiske stoffer enn personer med lav sosial status, mens langvarig misbruk er vanligst hos den siste gruppa.

Konsekvenser av rusmiddelbruk

Bruk av alkohol og andre rusmiddel er forbundet med en rekke sosiale og helsemessige konsekvenser i form av sykdommer, skader og psykiske plager og lidelser. Både for alkohol

og andre rusmiddel er de sosiale og helsemessige konsekvensene generelt avhengige av type rusmiddel og dose, om de er brukt èn gang eller over lengre tid.

Det totale alkoholforbruket er en viktig faktor (determinant) for alkoholrelaterte sykdommer og skader i befolkninga. Når det totale forbruket i samfunnet øker, øker både andelen storforbrukere og andelen som ligger i «gråsonen» mot et helseskadelig forbruk. Risikoen for kroniske sykdommer knyttet til alkoholbruk øker gradvis. Hos storforbrukere er risikoen høy. For enkeltpersoner i «gråsone-gruppa» er risikoen lavere, men fordi denne gruppen er stor, vil den likevel bidra med mange personer til de samla helseproblema i samfunnet forbruk.[37)]

Helseskadene ved alkohol blir først og fremst bestemt av den totale mengden alkohol som kroppen blir utsatt for. Alkoholskader kan derfor utvikle seg selv om en person ikke har vært synlig beruset. Skader som skyldes ulykker og vold er ofte knyttet til sporadisk stordrikking, uten at det foreligger et generelt storforbruk.

3.3 Psykisk helse og rusmiddelbruk i Songdalen

I kapitlet ovenfor er det vist til nasjonale tall og statusrapporter. Disse er fremarbeidet gjennom til dels store studier og undersøkelser og viser til det generelle bildet. Vi har for Songdalens del ikke noen tilsvarende tallmateriale eller detaljerte studier å vise til eller å hente valide tall fra. Til det er kommunen både for liten i innbyggertall og det statistiske grunnlag vil som følge av relativt små endringer innad befolkningen gi til delt store statistiske utslag. En statusbeskrivelse av psykisk helse, rus- og rusmiddelmisbruk i kommunen må derfor i stor grad baseres på de nasjonale studier, men der funn derfra sammenholdes med det erfaringsgrunnlag kommunens aktører og tjenesteområder besitter. De siste årene har vi i tillegg kunnet ta i bruk enkelte standardiserte undersøkelser der vi kan hente tall fra egen kommune. Resultater fra disse undersøkelsene må sammenholdes med tall og kunnskap fra de nasjonale studier, men gir oss nå nyttig tilleggsinformasjon om statusbilde innad egen kommune.

3.3.1 Ungdata

Ungdata er lokale ungdomsundersøkelser, som tilbys gratis til alle landets kommuner og fylkeskommuner. Siden 2010 har 330 000 ungdommer fra 375 kommuner deltatt i ungdataundersøkelsene. Ungdata gir dermed et godt innblikk i hvordan det er å være ung i Norge i dag. Ungdata er et kvalitetssikret og standardisert system for lokale spørreskjemaundersøkelser. Undersøkelsen innebærer at skoleelever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring svarer på spørsmål om ulike sider ved livet sitt. Ungdata dekker helheten i ungdoms liv og omfatter et bredt spekter av temaområder (foreldre og venner, skole, lokalmiljø, fritidsaktiviteter, helse og trivsel, rusmiddelbruk, risikoatferd og vold).

Resultat fra Songdalen viser relativt sett lite endring fra forrige ungdata-undersøkelse i 2013 til siste gjennomførte undersøkelse nå i 2016 (www.ungdata.no). Kort gjengis de tema og spørsmål der svarene fra Songdalen avviker og dermed skiller seg fra regionen og/eller landet for øvrig:

Sosioøkonomiske faktorer: Prosentandel av ungdomsskoleelever med høy sosioøkonomisk status viser 13% for Songdalen, mot fylket 18% og landet for øvrig 20%. Prosentandel av ungdomsskoleelever som opplever at familien har dårlig råd er 8% for Songdalen, mot region Agder 4% og landet for øvrig 5%. Stort sett sammenfallende resultater fra undersøkelsen i 2013 til siste i 2016.

Rus og tobakksbruk: Tallene for alkohol og tobakk er relativt sett sammenlignbare med tall fra fylket og landet for øvrig. Kommunen har dog noe forhøyede tall gjeldende for rusmisbruk av andre og illegale rusmidler sett opp mot landssnittet.

Psykososiale faktorer: På spørsmål om mobbing og problematferd svarer ungdommene Songdalen gjennomgående over landssnittet, 10% mot landet for øvrig 7%. Vedrørende andre psykososiale faktorer svarer også flere av ungdommene i Songdalen at de har enten blitt utsatt for trusler om vold eller også blitt slått uten å få synlige merker, sammenlignet med ungdommer ellers i landet.

Et positivt funn er at det synes å være noe høyere deltakelse i organisert fritid, som idrettslag, kirke, klubb, korps mm i Songdalen en for landet forøvrig.

Psykisk helse: 16% av ungdommene i Songdalen svarer at de er mye plaget av depressive symptomer, mot 13% i fylket og 12% i landet forøvrig. I Songdalen ble det i undersøkelsen lagt til en tilleggsmodul i undersøkelsen der ungdommene ble spurt blant annet om selvskading. Hele 25-29% svarer ja på at de noen gang har forsøkt å skade seg selv. Hele 9% svarer at de også har forsøkt å ta sitt eget liv. Her har vi ikke sikre sammenlignende tall for landet for øvrig da disse ikke gis som del av ungdatas statistikkmateriale. Tallene fremstår isolert sett som svært høye.

3.3.2 Brukerplan

Brukerplan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfanget og karakteren av risikofylt rusmiddelbruk blant brukerne av kommunens helse-, omsorgs- og velferdstjenester. Verktøyet brukes til kartlegging, kvalitetssikring, utvikling og planlegging av tjenester. Verktøyet og prosedyren for kartlegging og analyse er godkjent av Datatilsynet (konsesjon) og Helse- og omsorgsdepartementet (Helsepersonell loven § 29b). Det er Helse Stavanger som har fått konsesjonen til å samle inn og analysere data og det er Helse Stavanger med økonomisk støtte fra Helsedirektoratet som sammen med KoRus Sør og Fylkesmannen i Vestfold, som samarbeider om å gi kommunene i Vestfold den nødvendige opplæring og støtte for å kunne ta verktøyet i bruk. Songdalen kommune var først ute i Vest-Agder med å ta i bruk denne undersøkelsen og har kartlagt hvert år siden 2013.

Funn fra denne undersøkelsen viser at rusbruk og misbruk blant de personer som mottar helse- og sosialtjenester i Songdalen skiller seg lite fra andre sammenlignbare randsonekommuner, men er noe forhøyet fra regionen og landet for øvrig. Med *randsonekommuner* menes kommuner som grenser til stor- eller bykommuner og der tjenestebildet viser en økt forekomst tilflytting av personer med lav sosioøkonomisk status, helseutfordringer og eller andre sosiale utfordringer. Som eksempel viser siste års Kostratall fra SSB-statistikkbanken et høyt antall nyinnflyttede med psykiske lidelser i Songdalen, også målt mot øvrige kommuner i kostragruppe-10.

Tall fra Brukerplan viser at rusmisbruket i kommunen fordeler seg som følger: Alkohol (20%), cannabis (20%) og legemidler (20%) utgjør hovedgruppene av rusmidler som misbrukes. Av de sentralstimulerende stoffer er det Amfetamin (12%) og i de senere år også methamfetamin (5%) som utgjør hovedvekten. Av opiater (13%) utgjør Buprenorfin (*Subutex, Suboxone, Temgesic og Norspan*) og Metadon hovedvekten. Opiatet Heroin (2%) misbrukes i mindre omfang noe som begrenser utfordringsbilde med overdoseproblematikk. I Songdalen har vi et relativt lavt antall brukere som injiserer, men tallet synes som stigende. Også trusler og voldsproblematikk i rusmiljøet synes i økning. I denne sammenheng bemerkes at tallene det refereres til ovenfor omhandler de av innbyggerne som mottar tjenester innen kommunens helse- eller sosialtjeneste. Det foreligger ingen sikker statistikk over hvordan rusmisbruk og voldssituasjonen er for øvrige rusmisbrukere som oppholder seg eller bor i kommunen.

3.4 Utfordringsbilde i Songdalen

3.4.1 Levekår

Songdalen kommune scorer lavt på flere levekårsparametere. Arbeidsløshet, lavt utdanningsnivå, lav skatteinngang for å nevne noen. Som vist til ovenfor vet man at det er en nær sammenheng mellom et samfunns levekår og forekomst av psykiske lidelser og rusutfordringer. Som vist til bærer samtidig Songdalen negative effekter av å være randsonekommune til en storkommune. Lavere eiendomspriser gjør blant annet til at personer med lav økonomisk status velger å bosette seg. Det er også vist til en netto tilflytting av personer med psykisk helseutfordringer. Mangel på egen videregående skole gjør at den oppfølgende sosial- og helsetjeneste i stor grad mister kontakten i viktige år av ungdommenes liv. Levekårsutfordringer er sammensatt og det finnes ingen enkle hverken statusbeskrivelser eller løsninger på de utfordringer det medfører. En høy bevissthet om de faktorer som vi er kjent med blir imidlertid svært viktig.

3.4.2 Oppfølging og behandling

Mange som rammes av en psykisk lidelse kommer aldri i kontakt med helsetjenesten. I 2008 oppsøkte rundt 12 prosent av den voksne befolkningen primærlege for psykiske plager[13)], og i perioden 2008-2012 mottok rundt 3 prosent behandling i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten.[4)] Det er dermed til enhver tid innbyggere som er i behov av støtte, hjelp og behandling, men som den kommunale helsetjenesten ikke er i kontakt med.

Av de av kommunens rusmisbrukere som har oppfølging av kommunens helse- eller sosialtjeneste har nesten halvparten samtidig et behandlingstilbud pågående i spesialisthelsetjenesten. Dette forholder seg imidlertid annerledes for de av brukerne som har oppfølging utløst av psykiske problemer alene. Av disse har kun et fåtall samtidig oppfølging/behandling ved psykiatrisk avdeling på sykehuset. For de av brukerne som har en samtidig psykisk lidelse og rusavhengighet er det variert hvorvidt de har samtidig oppfølging og behandling ved spesialisthelsetjenesten.

3.4.3 Økende innsøking

Det har vært en markant økning i innsøking til kommunens psykisk helsetjeneste de senere år. For voksenfeltet har vi hatt en økning på hele 50% fra 2014 til 2015 og en fortsatt økning på 20% fra 2015 til 2016. Økningen synes som svært høy og vil ikke alene kunne forklares med at det i samme periode har vært en faktisk økning av forekomst av psykisk helse eller rusrelaterte utfordringer. Men må samtidig tilskrives en effekt av at kommunen siste år har gjennomført et betydelig forbedringsarbeid og tjenesteutvikling der både bredde, innhold og også tilgjengelighet for tjenestene er forbedret. Etablering av nye tilbud avdekker ikke sjelden udekkede behandlings-/oppfølgingsbehov. Økning av innsøking må like fullt også tilskrives en viss økning i faktisk behov i befolkningen og sammenfaller samtidig med trend som også sees i landet for øvrig.

Også for barn og unge synes innsøkingen til helsetjenesten å være i økning. Her har kommunen imidlertid ikke egne sammenlignbare tall fra før siste omorganisering i 2015, De relaterte helsetjenester inngår nå i et samlet Familiens hus og vi vil dermed i fremtiden kunne sikre bedre tallgrunnlag for tjenestenes utvikling.

3.4.4 Arbeid og psykisk helse

Arbeidslivet bidrar til mange helsefremmende faktorer for de fleste. Arbeid er med på å sikre personlig økonomi, gi struktur i hverdagen, skape tilhørighet og gi økt selvfølelse. Flertallet av personer med psykiske helseproblemer er i jobb. Likevel er det mange som står utenfor arbeidslivet og ønsker seg inn. Hele 96 prosent svarte at arbeid er viktig for deres psykiske

helse i en undersøkelse TNS Gallup har utført for Helsedirektoratet.[22)] Bare hjem og nær familie ble ansett som viktigere. Tall fra BrukerPlan undersøkelsen som er gjennomført i Songdalen peker mot at arbeidstilknytning for denne brukergruppen med psykiske lidelser og eller rusavhengighet er svært lav.

Rundt 15 prosent av det legemeldte sykefraværet i Norge skyldes psykiske lidelser. Andelen uføretrygdede med en psykisk lidelse er på noe over 30 prosent. Blant personer som faller ut av arbeidslivet, utgjør personer med psykiske lidelser en stor og økende gruppe. Dårlig sosial fungering og lite nettverk forsterker for mange utfordringsbildet.

3.4.5 Flyktningehelse

Det er vanskelig å si noe bestemt hvorvidt et økt antall av flyktninger vil medføre økt behov for psykisk helsetjenester. Fra IMDI er vi blitt informert om at flyktningene som nå bosettes, ofte en tidligere vil ha vært utsatt for vold og krigshandlinger. Selv om dette isolert sett ikke er unikt fra også andre flyktningers erfaringer, vil dette kunne indikere et økt behov for psykisk helsetjeneste, både på kommunalt og på spesialisthelsetjenestenivå. Å forutse hvordan dette vil slå ut for Songdalens del har vi ikke kunnskap nok til å si noe sikkert om. Det er en relativt sett liten gruppe og en rekke faktorer vil være medvirkende. Antall bosettinger fra år til år vi også variere. Det er imidlertid grunn til følge utviklingen nøye og ikke minst å opprettholde et kontinuerlig og høyt faglig nivå på de tjenester arbeider relatert til flyktningene. Slik at man på denne måten kan forebygge og forhindre uønsket helseutvikling.

3.4.6 Boligsituasjon

Sammenlignet med andre kommuner og landsgjennomsnitt har Songdalen kommune et relativt lavt antall kommunale boliger (90%). Av disse er kun 15% av boligene disponert for brukergruppen psykisk helse/rus, mot landsgjennomsnitt 24%. Kommunen har dermed klart færre boenheter tilgjengelig for brukergruppen enn gjennomsnitt. Vanskeligere er det imidlertid å si noe sikkert om hva som er faktisk behov i Songdalen kommune. Et paramenter er antall bo-søknader og tildeling av bolig. Erfaring fra siste 3 år viser at vi kun ved korte perioder (inntil 3 mnd.) hatt venteliste på boligsøknader relatert brukergruppen. Langt de fleste får dermed tildelt en bolig, og uten lengre ventetid. Dette taler for at faktisk antall boenheter kan synes å være tilstrekkelig pr i dag. Vi kan likevel ikke slå oss til ro med dette parameter alene. I det minste to vesentlige momenter må legges til: 1. Det skjer i dag en endring av hvilke personer som får tildelt bolig. Fler og fler av brukerne som får tildelt bolig, har et pågående rusmisbruk. Det vil i neste tur si, at det blir færre boenheter tilgjengelig for innbyggere som på grunn av sin psykiske lidelse alene. Ansatte i tjenesten er bekymret over at stadig fler boenheter tildeles brukere med et pågående rusmisbruk på bekostning av personer som ikke har et rusproblem. Personer med en psykisk lidelse er sårbare, og vi har fått kunnskap om at det finnes brukere som unnlater å søke kommunal bolig, all tid boligmassen er slik at de da i stor grad vil bli eksponert for rusmiljø om de tildeles kommunal bolig. Personer som i utgangspunktet kvalifiserer for kommunal bolig, velger dermed ikke å søke, da de er kjent med hvilke boliger de eventuelt blir tildelt. 2. I et fremskuende perspektiv er det varslet en markant økning i behov for bolig og boligtjenester for brukergruppen. Det er ikke tatt høyde for denne faktoren i kommunens økonomiplan. Ny revisjon av boligsosial handlingsplan må ta høyde for denne utviklingen.

Mangel på midlertidig bolig, også kalt nødbolig, har vært en erkjent utfordring i kommunen i flere år. Kommunen har frem til nå ikke hatt tilgjengelige kommunale boliger avsatt til dette formålet og man har måttet improvisere for å finne best mulig løsning fra gang til gang. For mange har man klart å finne gode løsninger, men for andre personer med et pågående rusmisbruk, har dette vist seg svært vanskelig. Eksterne samarbeidspartnere og utleiere ofte ikke ønsket å bistå med utleie i frykt for uro og bråk og man har derfor ikke alltid klart å finne egnet midlertidig botilbud. Fra mars 2017 vil man med ferdigstillelse av 2 nye kommunale boliger bygget til formålet, kunne forvente et betydelig forbedret midlertidig botilbud.

3.4.7 Oppgave og ansvarsoverføring

Det er fra nasjonale myndigheter varslet en betydelig oppgave- og ansvarsoverføring til kommunene. Samtidig ser man en pågående oppgaveforskyvning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen; «Kommunene må dermed forberede seg på å ta et større ansvar for rus- og psykiatripasientene».[10)] Videre vil befolkningsvekst gi betydelige utfordringer for tjenesteapparatets omfang og funksjonalitet.

Behov for økt og forbedret tilbud til barn og unge vil i årene fremover tvinge seg frem. Tall innhentet fra Oxford research viser følgende:

Tabell 1: Teknisk anslag - Estimert behov i 2014 og fremskrevet basert på befolkningsfremskrivning

	2014	2015(**)	2016(**)	2017(**)	2018(**)	2019(**)	2020(**)	2025(**)
Personer 3-18 år	1444	1478	1485	1499	1525	1551	1590	1741
17,5% nedsatt funksjon (*)	253	259	260	262	267	271	278	305
50% diagnose (*)	126	129	130	131	133	136	139	152
25% langvarig(*)	32	32	32	33	33	34	35	38

Kilde: Oxford Research AS
(*) Folkehelsemeldingen 2013
(**) SSB MMMM

I forhold til dimensjoneringen av behovet for tjenester innen psykisk helse og rus i Songdalen, er dette elementer som må ligge som viktige premisser for hvordan kommunen utformer og bygger ut sine tjenester.

4.0 MÅL, SATSNINGER OG PRIORITERINGER

4.1 Forrige plan

Plan for Psykisk helsearbeid (2011-2015) fremhevet i forrige planperiode satsing på forebygging, tidlig innsats, tverrfaglig samhandling, samt faglig kvalitet gjennom å se individets totalsituasjon, ressurser og behov. Tiltakene som ble generert ut ifra dette var flere. Blant annet ønsket man å lage en samarbeidsarena, kalt Tint (tverrfaglig samhandling/tidlig innsats) for å få en bedre flyt i samhandlingen. Man ønsket å formalisere brukermedvirkning i større grad. Barn som pårørende var også en prioritering, samt oppfølging av andre pårørende. Folkehelsearbeidet ble også tematisert gjennom både at man i større grad ønsket å prioritere å få oversikt over den psykisk helse-tilstanden i kommunen, samt gjennom fokus på fysisk aktivitet som et virkemiddel. Overganger mellom tjenester var også en satsing. Søke om tilskudd til å ansette psykolog var også et tiltak. Behovet for å få et tilfredsstillende tilbud til pasienter med både rus og psykiskhelseutfordringer, ble også nevnt blant tiltakene som skulle satses på.

Ved gjennomgang av disse tiltakene/prioriteringene fra forrige planperiode, ser man at mange av dem fortsatt er aktuelle arbeidsområder som vil videreføres i denne planen. Temaene som brukermedvirkning, pårørende og folkehelse arbeid er i behov av kontinuerlig arbeid over tid. Få av prioriteringene fra forrige planperiode har falt bort, men som man ser har det ikke blitt prioritert å lage en egen samarbeidsarena. Man har derimot gjennomført organisatoriske endringer for å systematisere arbeidet som gjøres for barn og unge bedre.

4.2 Morgendagens utfordringer

4.2.1 Psykisk uhelse

Psykisk uhelse er en av vår tids største helseutfordringer. Det rapporteres en økning i psykiske helseplager. Hva som er årsakssammenheng er vanskelig å si. Har dette

sammenheng med levekår? Er det blitt slik at normale variasjoner/svingninger i velbefinnende er blitt mer utfordrende å håndtere, har vi mindre toleranse for ubehag? Eller har de endringer samfunnet har gjennomgått ved at kulturen blir i større grad individualistisk medført at flere faller utenfor og at dette bidrar til psykisk uhelse? Det som uansett følger er behov for økt kapasitet i tjenestene i forhold til etterspørselen. Et eksempel på dette, som det henvises til ovenfor vil være den stipulerte befolkningsveksten av barn og unge i Songdalen som medføre at tjenestene må øke og forbedre sitt tilbud.

4.2.2 Levekår

Store forskjeller i levekår, gir forskjeller i helse og helseatferd. Kommunehelsetjenesten har ansvar for å gi et rettferdig tilbud til dem som har behov. Presset på hele helsetjenesten vil derfor være større i kommuner hvor det er levekårsutfordringer. Det er derfor viktig å prioritere andre tiltak som på lengre sikt kan bedre levekårene. Tiltak som utdanning, inkludering i arbeidslivet, sørge for å styrke familien og foreldreferdigheter, styrke skole og barnehage.

4.2.3 Høyere levealder

Man lever lengre og dette medfører at fler og fler lever lengre med kroniske lidelser eller overlever akutte lidelser. Somatisk og psykisk helse går hånd i hånd. Å leve med somatisk sykdom gjør noe med psykiske helsetilstand

4.2.4 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen[27)] legger mer ansvar for forebygging på kommunene. Kommunene skal også behandle der hvor kommunen kan gi et like godt eller bedre tilbud enn Helseforetakene. Kommunen får ansvaret for akutte døgnplasser innenfor rus/psykiatri i 2017. Pakkeforløpene i spesialisthelsetjenesten vil skape ringvirkninger i kommunehelsetjenesten, men det er usikkert hvilke. Kommunen har ansvar for å bidra til den mest mulig hensiktsmessige ressursbruk fra samfunnets side for å fremme folkehelse og trivsel i sosiale og miljømessige forhold, samt å bruke ressursene mest hensiktsmessig i diagnostisk og kurativt arbeid. [31)]

4.3 Mål

4.3.1 Tjenestilbudet skal være av god kvalitet

God kvalitet vil si at tjenestene er:

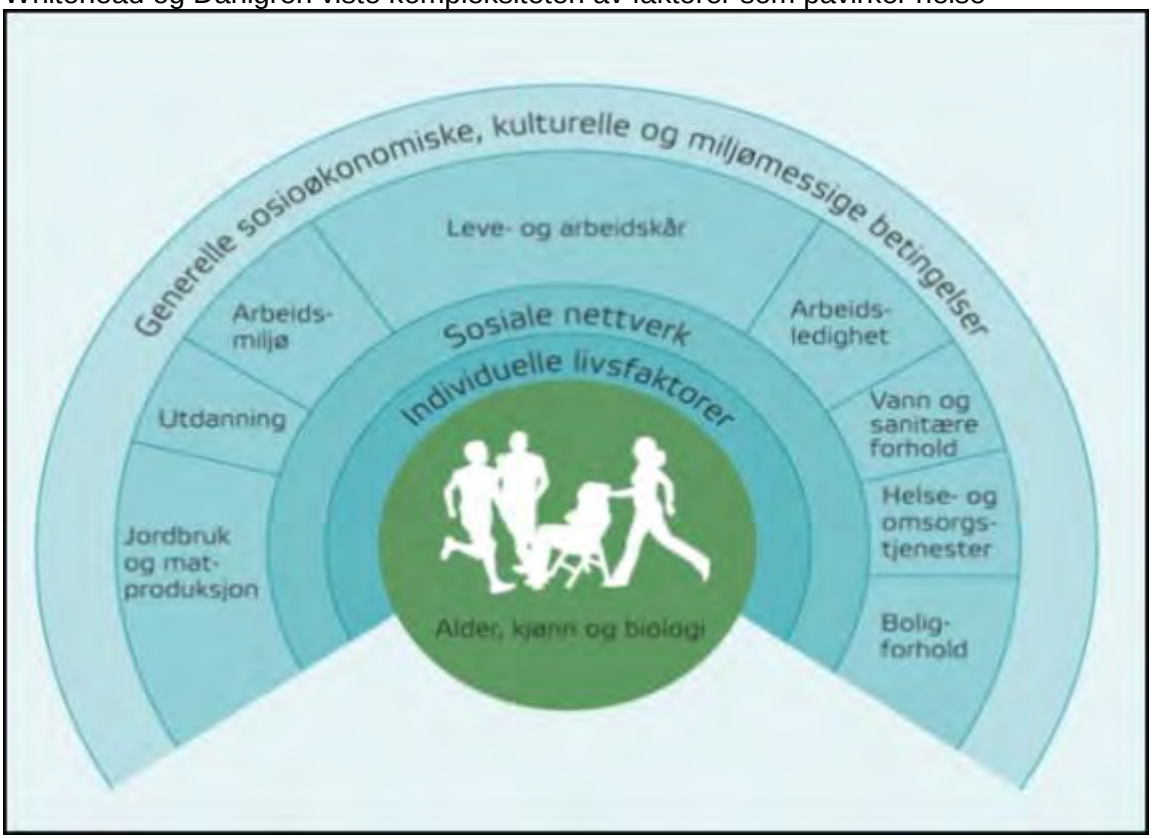
- Trygge og sikre
- Virkningsfulle
- Samordnet og koordinert
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Utnytte ressursene på en god måte
- Tilgjengelige og rettferdig fordelt

Dette er en målsetting som finnes igjen i flere av kommunens planer på forskjellige system-nivå. Dette målet medfører et kontinuerlig arbeid med kvalitet i tjenestene. Det bør sikres at arbeidet som gjøres i tjenestene er kunnskapsbasert.

4.3.2 Tjenestene skal arbeide for helsefremming og forebygging

Helsefremmende og forebyggende helsearbeid dreier seg om å bedre helsen gjennom å redusere risikofaktorene og øke de beskyttende faktorene. Å fremme befolkningens helse er et viktig mål i seg selv. Det skaper mer velferd og livskvalitet for den enkelte. I tillegg er befolkningens helse samfunnets viktigste ressurser [42)].

Whitehead og Dahlgren viste kompleksiteten av faktorer som påvirker helse



Figuren viser at individuelle valg, med unntak av faktorer som alder, kjønn, biologi etc., påvirkes gjennom et sett av ytre faktorer - både i miljø og samfunn - positive som negative. Figuren illustrerer også at det må arbeides på mange nivåer, og i mange sektorer for å forebygge sykdom og fremme helse. [43)]I det forebyggende psykiske helsearbeidet kan tiltak knyttet til samfunnsøkonomi, arbeidsliv, boforhold, skoler, barnehager, familieliv og livsstil være vel så virkningsfulle som tiltak i helsetjenesten.[44)] Tiltakene i helsetjenesten kommer også ofte inn etter at skaden er skjedd.

Helsefremmende strategier

Helsefremmende strategier har som mål å øke psykisk velvære, mestringsevne og evne til å takle motgang, og har som fokus alle faktorer som styrker de positive sidene ved helse. God psykisk helse er mer enn fravær av symptomer. For positiv helse innebærer også å oppleve livskvalitet. Enkelt sagt betyr det å ha det bra, å ha ressurser til å håndtere hverdagslivets utfordringer, og å føle tilhørighet, oppleve mening, kunne utvikle seg og være i gode relasjoner (https://helsedirektoratet.no/Sider/Psykisk-helse-og-livskvalitet-lokalt-folkehelsearbeid.aspx#regelverk). Det er et komplekst samspill mellom de faktorene som skaper god mental helse. Faktorene kan ses fra et individuelt perspektiv (egenskaper hos et menneske) eller fra et kontekstuelt perspektiv (egenskaper i miljøet rundt mennesket). [44)] Begge perspektiver gir nyttig informasjon om muligheter for endring.

Sykdomsforebygging strategier

Innenfor forebygging er fokuset å redusere eller fjerne risikofaktorer. Risikofaktorer er knyttet til bl.a. sosioøkonomisk ulikhet, arbeidsledighet, bomiljø, tilgang på alkohol, fysisk aktivitet, samlivsproblemer, ensomhet, sosial isolasjon og fravær av sosial støtte, røyking og opplevelse av misforhold mellom krav og kontroll i arbeidet.[26)]
Innenfor forebygging sorterer man innsatsen etter om man skal ha tiltak som når alle(universelle), sårbar gruppe(selektive), eller individer som allerede har symptomer på psykisk uhelse(indikative)([45)]

Songdalen kommune skal arbeide både helsefremmende og forebyggende i sitt virke.

4.3.2 Helhetlig kompetansebygging

Skal man klare å gjennomføre de øvrige målsettingene, er felles og helhetlig kompetansehevning viktig. Dette arbeidet bør systematiseres slik at man får oversikt over kompetansebehovet, samt hva vi allerede innehar av kompetanse og på denne måten også disponere ressursene bedre. Innenfor kommunen vil behovet for kompetanseheving innenfor noen områder til dels være lik, og man kan med fordel samarbeide om kompetanseheving mellom enheter, samt påfølgende løse oppgaver i fellesskap.

4.3.4 Tilbudene skal være samordnet og kontinuerlig

Det er fremdeles behov for å sikre at tjenestene kommunisere og samarbeider på system og utfører nivå. I saker hvor det er behov for at flere tjenester bidrar ser man at brukerne har behov for tjenestenettverk ikke tjenestekjeder. For å klare å løse en del av de oppgavene kommunen har ansvaret for er det essensielt med samarbeid og fleksibilitet enhetene imellom. Det er også viktig å løfte frem koordinator-rollen som viktig for å sikre kontinuitet og samordning. Koordinator-rollen bør dermed verdsettes og respekteres som en umåtelig viktig funksjon i det praktiske arbeidet.

4.4 Satsinger og prioriteringer

Tidligere i dokumentet har man gjennomgått utfordringer på rus og psykisk helsefelt både på landsbasis og mer spesifikt for Songdalen. Når man skal prioritere ut ifra et komplekst utfordringsbilde, må man gjøre nettopp det, prioritere. Dette betyr ikke at det som er nevnt av andre utfordringer glemmes, men at enkelte utfordringer må komme tydeligere frem.

4.4.1 Barn- og Ungdomshelse skal prioriteres.

Helsefremmende, forebyggende og behandlende tilbud skal fortsatt utvikles kommunalt(ungdomshelsemeldingen). Dette arbeidet må gjøres ikke bare av helsetjenesten, også av andre relevante aktører.[26)] Det er påbegynt et arbeid med å få oversikt over helsedeterminanter i kommunen gjennom folkehelsearbeidet/folkehelseplan. Dette er et viktig arbeid i en beslutningsprosess i forhold til prioriteringer. I folkehelseplan kommer spesielt levekårsutfordringene frem, samt utfordringer i livsstilrelater helseproblemer sammenlignet med fylket for øvrig (folkehelseplan 2015-2019). Levekårsutfordringer i en kommune kan gi mange forskjellige utslag for helsen hos innbyggerne, blant annet har man sett at ungdom i familier med dårlig råd peker seg negativt ut når det gjelder alle helseindikatorer i ungdata-rapporten. Helseøkonomiske beregninger gir tydelig indikasjon at jo tidligere man får kommet inn med helsefremmende arbeid, jo mer lønnsomt er dette for samfunnet.

For Songdalen er det viktig å sørge for at kommunen med de levekårsutfordringene som er, arbeider bevisst helsefremmende og forebyggende der det er nødvendig for barn og unge. Dette vil si at man sørger for inkludering på felles arenaer, mobbefrie skoler, kompenserer med leksehjelp, styrker foreldreferdigheter, belønner idrettslag som har et ekstra fokus på og klarer å gjennomføre inkludering av barn og unge i sitt virke.

Et annet sentralt og viktig punkt i dette arbeidet er at vi i større grad tar i bruk evaluering av de tiltakene vi iverksetter. Er de virkningsfulle, ønsker målgruppen å ha dette tilbudet, er tilbudet kostnadseffektivt. Vi bør i større grad enn i dag, også prioritere dette.

4.4.2 Psykisk helsetjenester til eldre skal prioriteres

Som nevnt tidligere i dokumentet ble ikke eldre psykiske helse prioritert i opptrappingsplanen for psykisk helse.[15)] Dette er blitt løftet frem som et felt hvor det er behov for betraktelig endringer. Kommunen bør som helhet fremskaffe gode sosiale arenaer for å motvirke

ensomhet. Det å gi en verdig eldreomsorg er sentralt, og innebærer også å avhjelpe psykiske helseplager. Det vil også bety og ta høyde for eldreomsorgens verdigrunnlag, de eldres rettsikkerhet, egnet boform og mulighet for å fungere i hverdagen, samt en verdig død. Helsetjenesten som helhet må finne tilpassede løsninger til tilbud om psykisk helsehjelp til eldre. Dette arbeidet bør basere seg på tverrfaglighet, da det oftere enn for annen del av befolkningen også forekommer økt kompleksitet i forhold til somatiske tilstander, reaksjoner på medisinering etc.

4.4.3 Informasjon om helse skal prioriteres

Det å gi mennesker informative valg i forhold til helse er en ønskelig satsing. Her handler det om å gi kunnskapsbasert informasjon både i det individuelle møte, men også på overordnet nivå for slik å styrke den enkeltes mulig til å avhjelpe seg selv eller egen situasjon. Det finnes store mengder informasjon om helse som bør videreformidles til befolkningen gjennom for eksempel internett eller sosiale medier.

4.4.4 Kompetanse og fagutvikling skal prioriteres

Helsetjenesten vil være i behov for stadig kompetanseutvikling, blant annet på grunn av nye ansvarsområder/oppgavedeling. Helsetjenestene bør prioritere å gi tilbud til alle som ønsker hjelp, men dette krever at man har den kompetansen som er nødvendig for å gi forsvarlig hjelp.

Helsetjenesten bør vurdere flere alternativer for blant annet hjelp til selvhjelp for å bedre kunne nå alle som har behov for dette. Innenfor Psykisk helse- feltet er det senere år utviklet flere verktøy slik at man selv kan ha tilgang til å hjelpe seg selv. Blant annet har lavterskel tilbudet «rask psykisk helsehjelp» benyttet seg av veiledet selvhjelp. Her ligger det muligheter for fagutvikling.
Helsetjenesten bør også i større grad benytte seg av evalueringsverktøy i tjenestetilbudet. Hjelpen kan da bli mer kostnadseffektiv både for den som søker hjelp, men også for helsetjenesten.

5.0 ORGANISERING AV PSYKISK HELSE -/RUSARBEID I SONGDALEN KOMMUNE pr august 2016

5.1 Enhet for helse og omsorg

Tjenestebeskrivelse*:*

- *Terapeut-- og legetjenester*
- *Hjemmetjenester inkludert personer med utviklingshemming*
- *Institusjonstjenester*
- *Aktivitetstilbud til brukere i ulik alder*
- *Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester*

Kartlegging av status pr 1.8.2016:

Antall årsverk i enheten:	130 årsverk fordelt på 315 personer(01.01.2017)
Kompetanse:	Sykepleie, vernepleie, helsefagarbeider, fysio- og ergoterapi, lege, miljøterapeut

Konkrete tiltak for enheten:
Listen er ikke uttømmende. Viser for øvrig til plan for helse og omsorgstjenestene

Konkrete tiltak i planperioden 2015-2019 (situasjonsbilde i dag):	Ansvar:	Vekting/prioritet 1= viktig 2= noe viktig 3= litt viktig
Hverdagsmestring(hverdagsrehabilitering) innarbeides systematisk også for dette planområdet, inklusiv barn/unge.	LM i samarbeid med H/O	1
Læring- og mestringskurs - KID/KIB kurs (Depresjon og belastningslidelser) - Kols og Dia2kurs	LM/HO, aktuelt samarbeid med Knp, og Søgne	2
Frisklivstiltak eks. aktivitetsresept, matkurs, røykeslutt	Aktuelt samarbeid med Søgne	2
Tilby veiledningsgruppe for ansatte i HO innen planområdet	LM i samarbeid med H/O	3
Videreutvikle ressursgruppe innen utfordrende adferd	LM/HO	3
KID/KIB- opplæring, implementering (Depresjon og belastningslidelser)	LM/HO i Knp samarbeid	2
Videreføre god praksis i samarbeidet mellom LM og HO der brukers funksjon avgjør hvem som følger opp	LM/ HO	1
Videreutvikle samarbeidet mellom HO og LM innen dokumentasjon, saksbehandling, bemanningskontor og øvrige stabsfunksjoner	HO/LM	1

5.2 Funksjon for Systemkoordinator Individuell plan/kontaktperson koordinerende enhet

Tjenestebeskrivelse*:*
Systemkoordinator IP: Organisert i rådmannens stab og har en kommunedekkende funksjon.
Oppgaver knyttet til funksjonen er koordinatoropplæring, veiledning av koordinatorer, oppdatere intern rutiner ved behov, evaluering, bistå ved uklare ansvarsforhold og komplekse saker.
Koordinerende enhet for habilitering/rehabilitering: Funksjonen kontaktperson/leder ivaretas av systemkoordinator og skal være en synlig kontakt in mot kommunen og kan ved behov innkalle til tverrfaglige møter.

Kartlegging av status pr 1.8.2015:

Antall årsverk i funksjonen:	20% stilling
Kompetanse:	Kompetanse: Fysioterapeut med videreutdanning innen rehabilitering, (60 Stp.) + veiledningsped (7,5 stp.) + div. kurs/konferanser. Lang erfaring innen feltet.

Konkrete tiltak for systemkoordinator IP

Konkrete tiltak i planperioden 2015-2019 (situasjonsbilde i dag):	Ansvar:	Vekting/prioritet 1= viktig 2= noe viktig 3= litt viktig
Sikre at alle som har rett på individuell plan får informasjon om ordningen.	Alle ansatte som møter brukere	1
Uavhengig av om bruker ønsker individuell plan plikter kommunen å tildele en koordinator. Som regel utpekes en koordinator i den enhet hvor hovedtyngden av tjenester ligger.	HO, LM og evt systemkoord.	1
Stimulere aktuelle brukere til egeninnsats og mestring slik at de kan leve livet mest mulig selvstendig		2
Tilby koordinatoropplæring + veiledning(enkeltvis eller små grupper), til aktuelle ansatte.		3
koordinator i tett samarbeid med bruker, styrer prosessen med koordinering av tjenester slik at bruker opplever rett tjeneste, til rett tid av rett instans. Tilbud evalueres jevnlig slik at justeringer(eks. nye tjenester, avslutte tjenester, redusere/trappe opp tjenester) kan gjøres. Ved behov innkaller koordinator til samarbeidsmøter(ansvarsgruppemøter).	Koordinator sammen med bruker	1

5.3 Skolene

Tjenestebeskrivelse*:*
Det er 4 kommunale skole i Songdalen. To barneskoler, en ungdomsskole og en barne- og ungdomsskole. Grunnskolene ivaretar den nasjonale opplæringsplikten på 10 år som gjelder alle barn fra det året de fyller 6 år.

Kartlegging av status pr 1.8.2016:

Antall årsverk i skolene:	**Rosseland**	**19,6**
	Tunballen	**50,8**
	Songdalen ungdomskole	**31**
	Finsland Barne- og ungdomsskole	**19,3**
Kompetanse:	Lærerne har generell pedagogisk kompetanse Noen lærere har spesialpedagogisk og sosialpedagogisk kompetanse Noen barne og ungdomsarbeidere med fagutdanning	

Konkrete tiltak for Tunballen skole:

Konkrete tiltak i planperioden 2015-2019 (situasjonsbilde i dag):	**Ansvar**	**Vekting/prioritet 1= viktig 2= noe viktig 3= litt viktig**
Skolen følger særlig godt opp i 1. klasse ved raske tiltak og tett kommunikasjon med foresatte.	Ass.rektor Kontakt-lærer	
Sosiallærer i 40% stilling, gjennomfører samtaler og følger opp enkeltelever ved behov	Sosiallærer	
Sosiallærer og helsesøster gjennomfører PIS-grupper	Sosiallærer/helse søster	
Skolens miljøterapeut (sosionom) har oppfølging av enkeltelever og gjennomføre samtaler i tillegg til «fredagsgruppa» som er et sosialpedagogisk tilbud til elever som trenger noe ekstra	Miljøterapeut	
Helsesøster har kontortid på skolen 3,5 dag hver uke. Lav terskel for ansattes kontakt med henne og hennes kontakt med elevene.	Helse-søster Kontakt-lærer Rektor	
Lav terskel for kontakt med foresatte	Kontakt-lærer Rektor	
Lav terskel for kontakt med familiekontor og barnevern	Rektor	
Kompetansemål i flere fag, eks Mat og helse, Kroppsøving, KRLE, valgfag	Faglærere	
Elevene er generelt fysisk aktive i friminutt, krø-timer og i fysisk aktivitet.	Skolen, krø-lærere	
Egen aktivitetsuke høst og vår	Lærer	
«Trivselsprogrammet»	Rektor TL-ansv	
Sosialpedagogisk time: Mitt valg gjennomføres i alle klasser 1 t pr uke	Kontaktlærer	
Jentegrupper/Guttegrupper	Sosiallærer/miljøt	

	erapeut/helsesøster	
Aktivt arbeid mot mobbing **Mobbeplan** **Mobbeundersøkelser** **Elevundersøkelse**	Alle	
Elevsamtaler minimum 2 ggr pr år, langt flere ved behov	Kontaktlærer	
Tette møter med foresatte til elever som strever	Ass.rektor Kontakt-lærer	
«Inkluderende læringsmiljø»	Koordinator i KnpS	
Mitt valg	Rektor	
«Vurdering for læring»	Rektor	
Overgangsrutiner barnehage – skole og barneskole-ungdomsskole.	Rektor	
Faste møter i Tverrfaglig team	Rektor	
Kjernegrupper og ansvarsgrupper rundt elever som trenger det	Rektor	
«Mobbeknapp» på skolen hjemmeside	Rektor	

Konkrete tiltak for Rosseland skole:

Konkrete tiltak i planperioden 2015-2019 (situasjonsbilde i dag):	**Ansvar**	**Vekting/prioritet** **1= viktig** **2= noe viktig** **3= litt viktig**
Skolen følger særlig godt opp i 1. klasse ved raske tiltak og tett kommunikasjon med foresatte.	Rektor Kontakt-lærer	
Helsesøster/kontaktlærer gjennomfører opplegget Zippy med elevene i 1. klasse. Èn time pr uke.	Helse-søster Kontakt-lærer	
Alle elevene skriver logg ukentlig.	Kontakt-Lærer	
Helsesøster har kontortid på skolen hver uke. Lav terskel for ansattes kontakt med henne og hennes kontakt med elevene.	Helse-søster Kontakt-lærer Rektor	
Lav terskel for kontakt med foresatte	Kontakt-lærer Rektor	
Lav terskel for kontakt med familiekontor og barnevern	Rektor	
En i adm har som særskilt oppgave å følge med på om elevene har det bra.	Ass. rektor	
Kompetansemål i flere fag, eks Mat og helse, Kroppsøving, KRLE, valgfag	Faglærere	
Elevene er generelt fysisk aktive i friminutt, krø-timer og i fysisk aktivitet.	Skolen, krø-lærere	
Arbeider med å innføre «Mobbeknapp» på skolens hjemmeside	Rektor	
«Trivselsprogrammet»	Rektor TL-ansv	
Skolen er mobilfri	Lærerne	
Jentegrupper/Guttegrupper	Kontakt-ærer Rektor	
Aktivt arbeid mot mobbing **Mobbeplan** **Mobbeundersøkelser** **Elevundersøkelse**	Alle	
Elevsamtaler minimum 2 ggr pr år, langt flere ved behov		

Tette møter med foresatte til elever som strever	Rektor Kontakt-lærer	
«Inkluderende læringsmiljø»	Koordinator i KnpS i samarbeid med Nettverket	
Overgangsrutiner barnehage – skole og barneskole-ungdomsskole.	Rektor i samarbeid med andre skoler	
Faste møter i Tverrfaglig team	Rektor i samarbeid med Barnevern, helsesøster, familiekontor, PPT,	
Kjernegrupper og ansvarsgrupper rundt elever som trenger det	Rektor i samarbeid med Barnevern, helsesøster, familiekontor, PPT, politiet, evt Abup	
«Mobbeknapp» på skolen hjemmeside	Rektor	

Konkrete tiltak for Finsland Barne- og ungdomsskole:

Konkrete tiltak i planperioden 2015-2019 (situasjonsbilde i dag):	**Ansvar**	**Vekting/prioritering 1= viktig 2= noe viktig 3= litt viktig**
Skolen følger særlig godt opp i 1. Klasse ved raske tiltak og tett kommunikasjon med foresatte.	Rektor, ass. rektor Kontaktlærer	
Tidlig innsats/ økt lærerressurs på småtrinnet (1.-4. kl).	Rektor Ass. rektor	
Gjennomføring av ”Steg for sted” (Utv. av sos. komp) på barnetrinnet.	Kontaktlærere	
Innføring av ”Mitt valg” på U-trinnet fra høsten 2017	Rektor Ass. rektor	
Helsesøster har kontortid på skolen hver mandag og torsdag.	Helsesøster Kontaktlærere Rektor	
Lav terskel for kontakt med foresatte	Kontaktlærere Rektor	
Lav terskel for kontakt med familiekontor og barnevern	Rektor	
Alle har som særskilt oppgave å følge med på om elevene har det bra.	Alle Rektor	
”Finslandsblomsten” Tildeles elever for positiv sosial væremåte.	Kontaktlærere	
Inneordning i hallen i langfri. (Vinterhalvåret).	Kontaktlærere	
Utviklingsarbeid for bedring av det psykososiale miljøet på mellomtrinnet.	Kontaktlærere Rektor	
En time økt kontaktlærertid for kontakt med elever/ foreldre.	Kontaktlærere	
Aktivitetsuke vår- og høstsemester	Rektor Kontaktlærere	
Julefest og Vårfest	FAU Kontaktlærere Rektor	

Overgangsrutiner: **Barnehage - skole** **Barneskole - U-skole** **Ungdomsskole - Videregående**	Rektor Rådgiver	
Sosiallærer følger opp elever med særskilte sosiale utfordringer	Rektor Sosiallærer	
Aktivt arbeid mot mobbing. **Mobbeplan** **Mobbeundersøkelser** **Elevundersøkelsen**	Rektor Kontaktlærere	
Elevsamtaler **Jevnlig og etter behov**	Rektor Kontaktlærere	
Ansvarsgrupper og kjernegrupper ved behov	Rektor	
Tverrfaglig team en gang i måneden	Rektor	
Pedagogisk utviklingsarbeid **"Inkluderende læringsmiljø/ School In"**	Tjenestesjef Skolefaglig ansvarlig Rektor Kontaktlærere	
Tett oppfølging og møter med elever med spesielle behov	Rektor Spes ped leder PPT	
"Bli-kjent-tur" **Ungdomstrinnet – Hver høst.**	Rektor Kontaktlærere	
Jente- og **Guttegrupper**	Familiens hus Sosiallærer Kontaktlærere Familiens hus	
«Mobbeknapp» på skolen hjemmeside	Rektor	

Konkrete tiltak for Songdalen ungdomsskole SUS:

Konkrete tiltak i planperioden 2015-2019 (situasjonsbilde i dag):	**Ansvar**	**Vekting/prioritet** **1= viktig** **2= noe viktig** **3= litt viktig**
«Alle har en psykisk helse» **3 dagers undervisningsopplegg for elevene årlig**	Rektor Sosiallærer	
Elevene skriver jevnlig logg	Kontakt-lærer	
Leirskole i 8.klasse	Rektor	
Kompetansemål i flere fag, eks Mat og helse, Kroppsøving, KRLE, valgfag	Faglærere	
Foreldremøte 8.trinn har tema **«Hva må foreldre gjøre for å styrke elevenes trivsel og læring»**	Rektor Teamets lærere Sosiallærer Ekstern foredragsholder	
Foreldremøte 9.trinn har tema «Rus og rusforebygging»	Rektor Teamets lærere Politi SLT-koordinator	
Temauke 9.trinn	Lærerne	

«Sex og samliv»	I samarbeid med eksterne ressurser, eks Skeiv ungdom, prest og psykolog	
«Trivselsprogrammet»	Rektor TL-ansv	
Mobilfri sone	Lærerne	
Jentegrupper	Sosiallærer	
Skilsmissegrupper	Sosiallærer	
Aktivt arbeid mot mobbing **Mobbeplan**	Alle	
Systematisk samtale med alle 8.klassingene	Sosiallærer	
«Inkluderende læringsmiljø»	Koordinator i KnpS	
Overgangsrutiner barneskole-ungdomsskole og ungdomsskole-videregående	Rektor i samarbeid med andre skoler	
Samarbeid kommune/fylkeskommune ang «Drop-outs»	Rektor Rådgiver	
Faste møter i Tverrfaglig team	Rektor i samarbeid med barnevern, helsesøter, familiekontor, PPT, SLT, kommunepsykolog Sosiallærer Kontaktlærer v / behov	
Kjernegrupper og ansvarsgrupper rundt elever som trenger det	Rektor i samarbeid med barnevern, helsesøter, familiekontor, PPT, SLT, kommunepsykolog, samt politi og evnt ABUP Sosiallærer Kontaktlærer Foreldre/foresatte	
Elevundersøkelsen	Rektor Lærerne	
Ungdataundersøkelsen	SLT-koordinator Rektor	
«Mobbeknapp» på skolen hjemmeside	Rektor	

Skolene vurderer alle de nevnte tiltakene som like viktige for dem og ser det dermed ikke som hensiktsmessig å vekte dem.

5.4 Barnehagene

Tjenestebeskrivelse*:*

Det er 5 kommunale barnehager i Songdalen.
Formål: Barnehagen skal i samarbeid og forståelse med hjemmet ivareta barnets behov for omsorg og lek, fremme læring og utdanning som gir grunnlag for allsidig utvikling.
Forskriften *rammeplan for barnehagers innhold og oppgaver* utdyper personalets ansvar for barns læringsmiljø og for å fremme positive handlinger som motvirker avvisning, mobbing og vold.

Kartlegging av status pr 1.8.2016:

Antall årsverk i barnehagene:	95
Kompetanse:	Barnehagelærere, barne- og ungdomsarbeidere, assistenter

Konkrete tiltak for barnehagene:

Konkrete tiltak i planperioden 2015-2019 (situasjonsbilde i dag):	**Ansvar**	**Vekting/prioritet** **1= viktig** **2= noe viktig** **3= litt viktig**
Vektlegge »inkluderende læringsmiljø» satsingen. Utjevne sosiale forskjeller, forbygge mobbing og diskriminering.	BH i samarbeid med Livsmestring	1
Fokus på sosial og språklig kompetanse i barnehagen. **Fremme psykisk helse og stimulere barnas evner og ressurser.** **Se barn som viser en bekymringsfull atferd og melde bekymringen videre til rette instans.**		1
Tilrettelegge barnehagetilbudet til barn med særskilte behov.	BH i samarbeid med Livsmestring, PP-tjenesten og barnevern	1
Handlingsplan mot mobbing	Bhg	2
Særskilt satsing på barn med minoritetsspråklig bakgrunn.	Bhg i samarbeid med kutur og inkludering	1
Inkluderende læringsmiljø, Relasjonskompetanse.	Bhg i samarbeid med skolene, Livsmestring og PP-tjenesten	1
Være sammen	Bhg.	2
Kurs i traumebasert omsorg	BV	2
Spesialpedagogisk kompetanse	Bhg	2
Opplæring i trygghetssirkelen	Bhg i samarbeid med Livsmestring	3
Barnehagene bruker handlingsveilederen for tidlig innsats.	I samarbeid med Livsmestring, Helsestasjon og Fam.senter	2

Barn som pårørende – god informasjon om syke foreldres utfordringer ift. samarbeid med barnehagen og best mulig ivaretagelse av barnet. **Barnehagen deltar på ansvarsgruppemøter.**	Spesialisthelsetjenesten, fastlege, livsmestring og barnehage	1
Tverrfaglig samarbeid - **Tverrfaglige korps i barnehagen** - **Tverrfaglig team**	I samarbeid med Livsmestring, Helsestasjon og Fam.senter	1
Overgang barnehage/skole **Det er utarbeidet rutiner som hvert år evalueres**	Bhg/skole	1

5.5 Barnevernstjenesten

Tjenestebeskrivelse*:*
Barneverntjenesten jobber etter Lov om barneverntjenester.

Formålet med denne loven er:

- Å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid,
- Å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstsvilkår.

Kartlegging av status pr 1.8.2016:

Antall årsverk i barnevernstjenesten	10,6
Kompetanse	Alle ansatte i barneverntjenesten i Søgne/Songdalen har minimum 3 års høyskoleutdanning. Barnevernspedagog eller sosionom. Andre videreutdanninger/kompetanse som er i gang eller som er påbegynt: Utdanning i spe og småbarns psykiske helse • COS (circle of security) • DCM (barnesamtalen) • ASQ ? • Fremmedrom observasjon • WMCI (Working model of the child interview) • Rus og avhengighetsproblematikk

Konkrete tiltak for barnevernstjenesten:

Konkrete tiltak i planperioden 2015-2019 (situasjonsbilde i dag):	Ansvar	Vekting/prioritet 1= viktig 2= noe viktig 3= litt viktig
Ruskontroll	Barnevern/fastlege	1
Tilsynsoppdrag	Barnevern/barnevernvakt	1
Ansvarsgruppe	Barnevern	1
Samarbeidsmøter	Samarbeidspartnere/ Barnevern	1
COS kurs	Barnevern/familiesenter	2
Foreldreveiledning	Barnevern/tiltaksavdeling	1
Avlastning	Barnevern/familie	3
Veiledning i hjemmet	Barnevern/ tiltaksavdelingen	1
Hjelp til formidling av barnehage/sfo plass	Barnevern/barnehage	2
Konkret bruk av tiltaksplan	Barnevern/ansvarsgruppe	1

5.6 NAV

Tjenestebeskrivelse*:*

Hovedmålsettinger for Nav kontoret er å bidra til at arbeidssøkere og brukere blir økonomisk selvhjulpne. Hovedoppgaver til Nav kontoret er individuell veiledning, i forhold skole og arbeid, Ulike arbeidsrettede tiltak, økonomisk sosialhjelp, økonomisk råd og veiledning, midlertidig, bolig/nødbolig, Kvalifiseringsprogrammet og gjeldsrådgivning.

Nav jobber etter Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven), Lov om sosiale tjenester i Nav, Folketrygdloven, Forskrift om arbeidsrettede tiltak og Introduksjonsloven i samarbeid med Flyktningetjenesten i kommunen.

Kartlegging av status pr 1.8.2016:

Antall årsverk:	**4,5**	
Kompetanse:	Sosionom og master i arbeid og velferdsforvaltningen (sosiolog), Master i ledelse(statsviter) og bachelor i arbeid og velferdsforvaltningen	

Konkrete tiltak for NAV:

Konkrete tiltak i planperioden 2015-2019 (situasjonsbilde i dag):	Ansvar	**Vekting/prioritet 1= viktig 2= noe viktig 3= litt viktig**
Samarbeid med Livsmestring i forhold til administrasjon av nødboliger	Nav og Livsmestring	1

Tverrfaglig samarbeid i kommunen knyttet til aktivitetsplikt for ungdom mellom 18 – 30 år og som mottar sosialhjelp	Nav, Livsmestring, teknisk enhet, Kultur og levekår	1
Oppfølging og veiledning av unge brukere opp til 30 år. Med særlig vekt på drop out problematikk fra skole og rus og psyskisk helse **Nav vil bidra til tett tverrfaglig samarbeid i kommunen knyttet til denne aldersgruppen**	Nav	1

5.7 Enhet for Livsmestring

Tjenestebeskrivelse*:*
Enhet for livsmestring består av følgende tre team:

- *Familiens hus*
- *Oppfølgingsteam*
- *Boteam*

Veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, "Sammen om mestring", definerer tre bruker- og pasientforløp basert på problemenes art, alvorlighetsgrad og varighet. Tjenestene organisert under enhet for Livsmestring er bygget med basis fra disse samme tre hovedforløp. Det er imidlertid ikke en absolutt avgrensing mellom tjenestene og det vil være brukere som mottar bistand fra flere tjenester samtidig. Kommunens begrensede størrelse gjør at vi heller ikke vil kunne utarbeide nøyaktige tall med tilsvarende avgrensing, men har derfor et noe grovere tallmateriale som rapporteringsgrunnlag.

FAMILIENS HUS

Helsetilbudet til barn, ungdom og familie i Songdalen kommune er fra og med 1. januar 2016 organisert som Familiens hus, som utgjør et av tre team i Enhet for livsmestring.

Formålet med Familiens hus er:

- Samordning av kommunens tjenester slik at de gir foreldre og barn et helhetlig tilbud i deres nærmiljø
- Et tverrfaglig kommunalt tilbud som skal ivareta psykisk og fysisk helse hos gravide, barn, ungdom og foreldre.
- Kommunens primære helse- og sosialtilbud rettet mot barn, unge og deres familier *samordnes*, *samlokaliseres* og *forankres*

Familiens hus i Songdalen består av fem primærfunksjoner:

- Jordmortjenesten
- Helsestasjon (0-6 år)
- Skolehelsetjenesten (6-16 år)
- Psykisk helse barn og unge
- Familieveiledning
- Flyktningehelseteam

Det er 11 årsverk knyttet til Familiens hus fordelt på 13 ansatte. En av grunnene til at vi har valgt å organisere oss som Familiens hus er å stimulere til økt grad av samhandling og kompetansedeling på tvers av faglig bakgrunn. I Familiens hus finner du i dag helsesøstre, jordmor, familieterapeuter og psykologer. I tillegg er det tilknyttet lege og fysioterapeut, som brukes etter behov.
Familiens hus har en felles teamleder som har ansvaret for den daglige ledelsen av teamet. Faglig utvikling og kvalitetssikring er en viktig del av teamlederfunksjonen, samt å etablere og videreutvikle kontakt med interne og eksterne samarbeidspartnere. Viktige samarbeidspartnere for Familiens hus i Songdalen er skolene og barnehagene i kommunen, ABUP, barneverntjenesten, PPT, SLT-koordinator og de øvrige teamene i Enhet for livsmestring. Den overordnede målsettingen til Familiens hus er å fremme trivsel og god helse hos barn, unge og deres familie, samt å styrke barn og unges oppvekstsvilkår.

OPPFØLGINGSTEAMET
Teamet har 8 ansatte. Ambulant virksomhet i turnusarbeid dag og kveld.
Teamet følger opp personer med kortvarige alvorlige/ langvarig mildere psykiske lidelser og rusproblematikk. Teamet tilbyr både individuell oppfølging, og oppfølging i gruppe. Aktive gruppetilbud:

- KID-kurs, dette også i samarbeid med helse & omsorg, en gang hvert halvår.
- Gruppe for mestring av angst/depresjon
- Søvnkurs
- Hasjavvenningskurs
- Rusmestringsgruppe

Teamet jobber både langsiktig, og kan samtidig komme raskt inn i saker hvor krisen er stor. Fortløpende evaluering av tjenester.

BOTEAMET
Teamet har 13 årsverk fordelt på 17 ansatte. Boteamet er et tverrfaglig team som består av: Sykepleier, vernepleier, miljøterapeut, fagarbeider, sykepleiestudenter og assistenter.
Vi jobber ambulerende i 3 delt turnus inkludert helg.
Boteamet gir tilbud til personer over 18 år, med alvorlige langvarige rusproblemer, adferds problematikk/ og eller psykiske lidelser og som har behov for oppfølging, gjerne ambulerende, i egen bolig. Teamet jobber for å fremme brukernes egne ressurser, og muligheter. Teamet er involvert over lang tid, og tilbyr individuell tilpassede hjelpetiltak. Alle får tilbud om individuell plan. Boteamet har en koordinerende rolle i sitt virke for å sikre et helhetlig tilbud for den enkelte bruker.

VEKSTHUSET
Veksthuset er et lavterskeltilbud for innbyggere i Songdalen kommune som har utfordringer knyttet til psykisk helse. Veksthuset har 2 årsverk, fordelt på 4 ansatte. Veksthuset tilbyr aktiviteter i sosiale og trygge omgivelser. Vi har små aktivitetsgrupper med variert innhold etter interesser og behov.

Veksthuset har også egen jobbgruppe. Jobbgruppen får ulike oppdrag for kommunen. Dette handler i hovedsak om arbeid i friluft. Jobbgruppen styres av en ansatt og er en fin mulighet til å skaffe seg jobbtrening.

Veksthuset drar på jevnlige turer og utflukter.

Kartlegging av status pr 1.8.2016:

Antall Årsverk:	34 årsverk
Kompetanse	**Flerfaglig: spesial sykepleiere, vernepleier, miljøterapeuter, fagarbeidere, assistenter, psykologer, lege, pedagoger, konsulent/velferdsviter, barnevernspedagog**

Konkrete tiltak for Enhet for Livsmestring:

Konkrete tiltak i planperioden 2015-2019 (situasjonsbilde i dag):	Ansvar	**Vekting/prioritet** **1= viktig** **2= noe viktig** **3= litt viktig**
Kartlegging av den enkeltes mål, funksjonsnivå, ressurser og utarbeide oppfølging- og/eller behandlingsplan med utgangpunkt i brukerens ønsker	livsmestring	1
Sikre inntaksrutiner som sørger for inkludering og samarbeid	livsmestring	2
Videreutvikle Veksthuset, samt utvikle nye møteplasser tilpasset brukernes behov og ønsker	Livsmestring v/veksthuset	2
Tilby individuell støtte med fokus på sosial integrasjon	livsmestring	2
Tilby aktivitet og sosial trening i oppfølgingen	livsmestring	2
Tilbud om individuell plan og koordinatorfunksjon	livsmestring	2
Gjennomføre brukertilfredsundersøkelse	Livsmestring/ kommunen	2
Inkludere likemannsarbeid i tjenesten		2
Videreføre og opprettholde Brukerutvalget	Livsmestring sammen med bruker- og interesseorganisasjoner	2
Tilgjengelige tjenester og tilgjengelighet tilpasset brukernes behov	Livsmestring	1
Sikre at det er en lav terskel for inntak og rask respons på henvendelser	Livsmestring	1
Delta på felles samarbeidsarenaer med andre tjenester og enheter	Livsmestring, samt samarbeidende instanser	2
Videreutvikle bruken av PLO meldingssystem med SSHF og legesentrene	Livsmestring, helseforetak, legesentre	2
Sikre rutine og systematikk for arbeid med pårørende barn, unge og voksne.	livsmestring	1
Etablere gode samarbeidsrutiner med ABUP	Livsmestring/ abup	2
Profilering av enheten intern og ekstern	Livsmestring/ infotorg	2
Gjennomføre kompetansekartlegging og utforme kompetanseplan for enheten	livsmestring	2
Kontinuerlig fagutvikling på definerte områder, gjennom utdanning, etterutdanning, deltakelse på kurs og veiledning	livsmestring	2

Tilgjengelig kompetanse på Circle of security på Helsestasjon	livsmestring	2
sikre rask og god oppfølging etter fødsel, jordmor går på hjemmebesøk.	Livsmestring	1
Kartlegging av mors psykisk helse ved barnets 6-ukers kontroll	Livsmestring	1
Sikre kontinuerlig kompetanseheving slik at man kan ivareta at vi har en ammekyndig helsestasjon	Livsmestring	2
Styrke parforhold og forebygge samlivsbrudd. Konsultasjoner i livsmestring har også fokus på foreldrerollen. Samlivskurs for par.	Livsmestring	2
Jordmor holder fødselsforberedende kurs.	Livsmestring i samarbeid med søgne kommune	2
Samarbeid om veiledning, familieterapeut og PMTO-rådgiver	Livsmestring	2
Gjennomføre PIS grupper i barneskolen og Vondt men vanlig i ungdomsskole	Livsmestring/ skole	2
Jentegrupper og guttegrupper(også til nylige bosatte flyktninger)	Livsmestring/ skole	2
Zippys venner i 1.klasse på Rosseland	Livsmestring/ skole	2
Undersvisning i seksuell-helse på ungdomsskolen	Livsmestring/ skole	2
Jobbe mot å hindre kjønnslemlestelse, gjennom å undersøke risikoutsatte, samt gi individuell informasjon og oppfølging.	Livsmestring/ flyktningtjenesten/skole/ fastlege	2
Undervisning på temaet kjønnlemlestelse på Birkeli læringssenter.	Livsmestring/ flyktningtjenesten/skole/ fastlege	2
Ferdigstille handlingsrutine for vold i nære relasjoner	livsmestring	2
Forebygge overvekt og inaktivitet hos barn og unge gjennom å gi individuelle råd/veiledning. Motivere foreldre til å delta på «bra mat»-kurs	livsmestring	2
Kontinuerlig tverrfaglig samarbeid. Diverse samarbeidsarenaer: TFT på skoler og noen barnehager, Kvello-modell for tidlig intervensjon	livsmestring/ skole/ barnhage	2
Mestringsgrupper for engstelige ungdom(tidligere list-prosjekt)	Livsmestring/ skole	2
Tilbud for mestring av reguleringsvansker, mer spesifikt mestring av sinneproblematikk.	Livsmestring	2
Kurs i depresjonsmestring for unge	Livsmestring	2
Psykoedukativt/selvhjelpskurs for søvnvansker	Livsmestring	2
Diverse mestringskurs for voksne(temaer som engstelse, depressive vansker, recovery, mestring av rusproblematikk)	Livsmestring	2
Ferdigstilling av Kommunalt boligkompleks på Midtheilia	Livsmestring/ diverse samarbeids-parter	2
Etablering av nødbolig	Livsmestring/ nav	2
Forebyggende konsultasjoner: rådgiving/veiledning til ansatte i andre enheter, eller direkte til enkelt personer.	Livsmestring	2
Kvinnegruppe og Mannegruppe for nylig bosatte	Livsmestring	2

flyktinger.		

5.8 Enhet for kultur og inkludering

Tjenestebeskrivelse*:*
Kultur og inkluderingsenheten består av følgende faggrupper: Birkelid læringssenter og spesialundervisning, Flyktningtjenesten, SLT-koordinator, Ungdomshus/aktivitetshus , ungdomsleder, inkluderingskoordinator, Prosjekt LOS, Prosjekt Sex&sånn, Tiltakskonsulent, kulturkonsulent, kulturskole.

Enhetens tverrfaglige overordnede mål

- Vi jobber med gode holdninger for å se hverandre i Songdalen kommune. Vi vil fremme involvering og inkludering, motvirke utenforskap, marginalisering og stigmatisering, og bruke vårt arbeid til å være gode eksempler.
- Vi etablerer møteplasser, inne og ute, som skal bidra til større samhold og identitet blant befolkningen.
- Folkehelseperspektivet er tydelig til stede i alle plan– og utviklingsprosesser hos oss.
- Kulturfeltet er integrert i plan- og utviklingsprosesser for å sikre kultur- og inkluderingsperspektivet i plan.
- Tverrfaglig samarbeid i vår enhet er etablert for alt arbeid rettet mot barn og unge med fokus på forebygging og tidlig intervensjon.
- Vi utvikler tiltak som fremmer aktivitet og god helse blant alle innbyggere, med hovedfokus på barn og unge, flyktninger og innvandrere.
- Vi hører på brukerne, gjennomfører jevnlige brukerundersøkelser og oppfordrer til brukermedvirkning i våre tjenester.

Kulturskolen. Gir tilbud i piano, gitar, bandinstrument, sang, kunst, dans og breakdance og elevtallet i kulturskolen har en stor økning sammenlignet med andre kommuner. Det meste av undervisningen foregår i skolens egne lokaler i Noden.

Kulturkonsulent – jobber med kulturutvikling, kulturarrangementer, kulturminner/bevaring og info/formidlingsarbeidet utføres med fokus på samarbeid med andre kommunale aktører, og brukere, primært med fokus barn og unge.

Flyktningtjenesten bosetter flyktninger i samarbeid med IMDI, og jobber for integrering i samarbeid med øvrige relevante kommunale enheter og frivillige lag og foreninger.

SLT-koordinator .SLT-modellen er utviklet for å koordinere kunnskap, kompetanse og ressurser mellom politiet og de kommunale enhetene som tar kriminalitetsforebyggende hensyn. Den inkluderer også to andre viktig deler av lokalsamfunnet: næringslivet og de frivillige organisasjonene.

LOS-prosjektet skal jobbe både på samfunns- system- og individnivå gjennom kartlegging, informasjon, dialog og tverrfaglig samarbeid for å motvirke drop-out-problematikk i skolen.

Prosjekt Sex&sånn skal jobbe både på samfunns- system- og individnivå for å gjennom kartlegging, informasjon, dialog og tverrfaglig samarbeid motvirke ekskludering og marginalisering
Ungdomsleder/inkluderingskoordinator er ansvarlig for drift av ungdomshus/aktivitetshus, og gjennomfører obligatorisk mottakssamtale med bosatte flyktninger med fokus på inkludering i fritidsaktiviteter og deltakelse i lokalsamfunnet. Det skal i.h.t samarbeidsavtaler med frivillige lag og foreninger, og øvrige tjenester i enheten jobbes med å motvirke marginalisering og utjevning av levekårsforskjeller blant barn og unge.

Tiltakskonsulenten er et ledd i kommunens tidlige intervensjon for å hindre at folk kommer inn i , eller blir i hjelpeapparatet over lengre tid. Dette i samarbeid med bl.a NAV ift økonomiske overgangsordninger.

Birkelid læringssenter gir spesialundervisning til voksne i lokaler på Noden og i elevenes hjem, samt øvrig voksenopplæring i.h.t lovkrav på Birkelid læringssenter..

Kartlegging av status pr 1.8.2016:

Antall årsverk:	**30 årsverk fordelt på 40 ansatte**
Kompetanse:	Flerfaglig

Konkrete tiltak for enhet for kultur og inkludering:

Konkrete tiltak i planperioden 2015-2019 (situasjonsbilde i dag):	**Vekting/prioritet 1= viktig 2= noe viktig 3= litt viktig**	**Ansvar**
Kjernegrupper i alle skolene	2	SLT/skolene
Handlingsplan mot vold i nære relasjoner på plass	1	SLT
handlingsplan/veileder mot radikalisering og ekstremisme Alle kommunens ansatte og andre innbyggere kjenner til, og bruker planen og veilederen	1	SLT i samarbeid med øvrige enheter
Nytt allbrukshus for barn, unge og frivillige/ forebyggende og utviklende tiltak for kommunens innbyggere	1	Kultur-konsulent og forebyggende team barn og unge
Bidra til å forebygge ensomhet, marginalisering og ekskludering	1	Kultur og inkluderingsenheten i samarbeid med relevante instanser.
Bidra til styrking av frivillighetssektoren	2	Inkluderings-koordinator,

		kulturkonsulent
Prosjekt: Forebygging av uønskede svangerskap og abort- strategier for bedre seksuell helse	1	Prosjektleder
LOS-prosjektet	1	Prosjektleder
Strukturert tverrfaglig samarbeid og systematisk samarbeid med frivillighetssektoren	1	Kultur og inkluderingsen heten i samarbeid med relevante tjenester og aktører

7.0 KILDER OG REFERANSER:

Planer:

1) Planstrategi for Songdalen kommune 2012-2014, vedtatt KS 26.09.2012

2) Kommuneplan, Songdalen 2012-2024, vedtatt KS 26.09.2012

3) Plan for psykisk helse, Songdalen kommune, vedtatt KS 25.11.2011

Rapporter:

4) FHI, Folkehelseinstituttet. Rusmiddelstatistikk: funn i blodprøver hos bilførere mistenkt for påvirket kjøring 2012. Folkehelseinstituttet, Divisjon for rettsmedisin og rusmiddelforskning; 2013.

5) Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene, SINTEF rapport, 2015

6) Organisering av tjenestene innen psykisk helse og rus rettet mot barn og unge i Songdalen kommune, Oxford research 2014

7) RUS- og psykisk helsetjenester, notat fra OU-prosessen i Songdalen kommune, Agderforskning 2012

8) Rusmidler i Norge 2015, SIRUS rapport, Statens institutt for rusmiddelforskning

9) Støver, M. Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge: Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag - rapport. Levanger: HUNT forskningssenter; 2012, rapport: 978-82-91725-09-3.

10) Utviklingsplan 2030, Sørlandet sykehus 2015

Forskrifter, lover og veiledere:

11) Barn som pårørende, IS-5/2010, Hdir

12) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, FOR-2011-12-16-1256

13) Fra bekymring til handling - En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet, IS-1742, Hdir 2010

14) Helsedirektoratet (2007), Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD. IS-1244

15) St.prp.nr.63 (1997-1998) Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006

16) Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, Rapport, Veiledningsmateriell Hdir 2015 (psyk.helse og rus inkluderes i Samhandlingsreformen)

17) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (HOL) Helse og omsorgsdep. 2011. Sist endret 2015.

18) Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i 2015, IS-1/2015, Hdir

19) Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, Hdir 2015 (erstatter IS-1154)

20) Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser ROP-lidelser, IS-1948, Hdir 2014

21) Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler, IS-2211, Hdir 2016

22) Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013-2016), Særtrykk, Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, 2013

23) Psykisk helsearbeid i kommunen, Veileder Hdir, IS-1332, 2005

24) Pårørende – en ressurs, Veileder om samarbeid med pårørende innen psykisk helsetjester, Hdir, IS-1512, 2008

25) Veileder for individuell plan 2001, I-1026, Hdir

26) Sammen om mestring, Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, Hdir, IS-2076, 2014

27) St.meld.nr.47 Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid, Helse og omsorgstep 2008-2009, trådte i kraft 2012.

28) St.meld. nr 16, Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

29) St.meld.nr. 30 (2011-2012), «Se meg!» En helhetlig rusmiddelpolitikk, Alkohol – narkotika – doping

Andre kilder:

30) Bøe, T., S. Øverland, A. J. Lundervold and M. Hysing (2012). "Socioeconomic status and children's mental health: results from the Bergen Child Study." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 47(10): 1557-1566.

31) Fossberg, B.(2016) Presentasjon: «Oversikt over befolkingens helse og påvirkningsfaktorer» Hva,hvordan og hvorfor?

32) Heiervang, E., K. M. Stormark, A. J. Lundervold, M. Heimann, R. Goodman et al. (2007). "Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors and service use." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 46(4): 438-447.

33) Mandat Brukerutvalg Livsmestring, vedtatt brukerutvalgsmøte 11.12.2014

34) Merikangas, K. R., J.-p. He, M. Burstein, S. A. Swanson, S. Avenevoli et al. (2010). "Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A)." Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 49(10): 980-989, from http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856710004764.

35) Mykletun, A., A. K. Knudsen and K. S. Mathisen (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkhelseperspektiv. Oslo, Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

36) Nes, R. B. and J. Clench-Aas (2011). Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger, Folkehelseinstituttet. Rapport 2011: 2.

37) SIRUS; Statens Institutt for Rusmiddelforskning. Rusmiddelstatistikk på nett.

38) Tidsskriftet for legeforeningen, Rusproblemer, Kronikk i tidsskriftet for legeforeningen, 2013; 133:318-9.

39) Tilsynsrapport Songdalen kommune, FMVA 2006

40) Wichstrøm, L., T. S. Berg-Nielsen, A. Angold, H. L. Egger, E. Solheim and T. H. Sveen (2012). "Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers." Journal of Child Psychology and Psychiatry 53(6): 695-705, from http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x.

41) Øya, T. (2012). "Ung i Oslo 2012, Nøkkeltall." Norsk Institutt for oppvekst, velferd og aldring Notat nr 7/12.

42) God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. Veileder i arbeidet med oversikt over helsetilstande og påvirkningfaktorer, IS2110, Hdir 2013

43) Barn som pårørende, IS2010, Rundskriv Hdir 2010

44) Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet, IS2263, Veileder Hdir, 2014

45) Schødt,B.R.H., Hoel, A.K., Onsøien, R.(2012) «Psykisk helse som kommunal utfordring». Universitetsforlaget.