



Rapport fra arbeidsgruppe 2: Organisering psykisk helse

Avgitt 30.06.2014



Vestvågøy kommune
Omstillingsprosjektet



Innholdsfortegnelse

1. Innledning og sammendrag	3
1.1 Bakgrunn	3
1.2 Kort om mandatet	3
1.3 Hovedkonklusjoner	3
2. Analyse av nåsituasjonen	3
2.1 Brukere og tjenester	3
2.2 Medarbeidere og organisasjon	6
2.3 Ressursbruk og økonomi	7
2.4 Samhandling og tilbakemelding fra eksterne samarbeidspartnere	7
3. Målbilde og risiko	8
3.1 Mål og delmål for arbeidsgruppa	8
3.2 Dekomponering av mål, nåsituasjon og ønsket tilstand	8
3.3 Risikoanalyse	9
3.4 Mål for tjenestene: Tjenestetrappa	10
3.5 Mål for organisering	10
4. Tiltak med vurdering	11
4.2 Tiltak B. Reetablere aktivitetssenter med økt fokus på samdrift med frivillige organisasjoner	13
4.3 Tiltak C. Utarbeide ny tildelingsmodell for kommunale tjenester innen omsorg, institusjon, psykisk helse, rus, funksjons-/utviklingshemmede, og boliger med tildelingsrett	14
4.3 Tiltak D. Etablere flere boliger (nødboliger, gjennomgangsboliger, permanente boliger, bolig med heldøgns bemanning.)	15
5. Konklusjon og anbefaling	17
5.1 Arbeidsgruppas anbefaling	17
5.2. Eventuelt mindretallsforslag	18
Vedlegg	18
A: Arbeidsgruppa – sammensetning og prosess	18
C: Mandat:	18
D: Annet, henvisninger mv.	18
E: Mental Helse – notat/innspill vedr. lavterskeltilbud.	18

1. Innledning og sammendrag

1.1 Bakgrunn

Vestvågøy kommune har utfordringer jf å finne balanse mellom inntekter og utgifter, og må som følge av dette søke å finne gode løsninger mhp organisering/drift av kommunale tjenester. Psykisk helse og rus (PHR)¹ er ett av områdene som innbefattes i det overordnede omstillingsprosjektet for Vestvågøy kommune.

1.2 Kort om mandatet

Utarbeide forslag til en hensiktsmessig organisering av PHR-tjenesten, sett i forhold til brukernes behov og kommunens totale tjenestetilbud til brukergruppen.

1.3 Hovedkonklusjoner

Arbeidsgruppen anbefaler å fokusere på følgende 4 tiltak:

- A. Organisere PHR som eget fagteam under Åpen Omsorg
 - Behandlingslinjer brukes som arbeidsmetode/verktøy.
- B. Reetablere aktivitetssenter med økt fokus på samdrift med frivillige organisasjoner
 - Skille mellom åpne lavterskel aktivitetstilbud uten henvisning på den ene siden (kan drives av frivillige), og dagsentertilbud med krav om henvisning/vedtak på den andre (må drives av kommunen, bl.a pga krav til kompetanse/ taushetsplikt).
 - Tilbudet som gis må utredes og konkretiseres jf aktuelle brukergrupper, innhold, driftsmodell, dialog med samarbeidspartnere, mv.
- C. Utarbeide ny tildelingsmodell for kommunale tjenester innen omsorg, institusjon, psykisk helse, rus, funksjons/utviklingshemmede, og boliger med tildelingsrett. Viser til arbeidsgruppe Omsorg, utvidet mandat for å jobbe videre med dette høsten –14.
- D. Etablere flere boliger til målgruppen
 - Nødboliger, gjennomgangsboliger og permanente boliger.
 - Bolig med heldøgns bemanning til særlig ressurskrevende brukere, for/ettervern for brukere som i dag har opphold i institusjon.

2. Analyse av nåsituasjonen

2.1 Brukere og tjenester

Generelt:

- Brukerne får i dag tjenester fra flere ulike enheter/avdelinger i kommunen.

¹ En har over år brukt ulike navn på tjenesten, som rus- og psykiaritjenesten, psykisk helse, psykisk helse og rus, etc. En velger her – for enkelhets skyld – å bruke forkortelsen PHR, selv om en antar at navnet blir endret i etterkant

- Varierende praksis i forhold til om brukerne får sine tjenester fra hjemmetjenesten eller PHR, særlig viss omsorgs/tjenestebehovet har endret seg over tid.
- En del brukergrupper får ikke tilbud, eller velger ikke å delta i lavterskeltilbud.

Inndeling i ny veileder fra helsedirektoratet foreslår slik definisjon av brukere:

1. Milde og kortvarige problemer
 2. Alvorlige og kortvarige eller milde og langvarige problemer
 3. Alvorlige og langvarige problemer
- ⇒ Generelt har tjenesten brukere dels i kategori 2, hovedsakelig i kategori 3.
- ⇒ Milde og kortvarige lidelser ivaretas gjerne av bistand fra fastlege og ved å ta tiden til hjelp.
- ⇒ Tjenesten bærer preg av å være innrettet mot ivaretagelse av brukere med tydelige og varige/etablerte behov for bistand, brukere med behov for hjelp i krisesituasjoner, samt i behov av for/ettervern i forbindelse med innleggelse i sykehus og/eller institusjon.

Nærmere om brukergruppene, antall og sammensetning:

Arbeidsgruppa finner det nødvendig å gå noe i dybden jf å definere brukere/grupper, bl.a for å gi et bakteppe for vurderingen av hvilke utfordringer/muligheter en har pr i dag innenfor dette området.

Arbeidsgruppa anser det som et viktig premiss at kjennetegn ved brukergruppene danner grunnlag for hvordan man velger å organisere/innrette tjenestene.

Noen kjennetegn ved brukerne/grupper:

- ⇒ Brukerne er ulike jf alder, funksjonsnivå/behov for tjenester, og har ofte variasjoner over tid i sitt sykdomsforløp.
- ⇒ Ulik varighet jf behov for tjenester, noen har kortere forløp mens andre har lengre og livslange behov for bistand.
- ⇒ Behov for tjenester ettermiddag/kveld og i helgene, i tillegg til dagtid.
- ⇒ Relativt store brukergrupper deltar ikke i eksisterende lavterskeltilbud.
- ⇒ Tjenestebehov avklares gjennom kartlegging av bruker, ut fra gjeldende lovverk på området.

Brukere – felles trekk jf bistandsbehov:

- ⇒ Boligproblematikk fremtredende for flere av brukergruppene.
- ⇒ Behov for koordinerte tjenester, hjelp til praktiske gjøremål, hverdagsfunksjoner.
- ⇒ Behov for tjenester fra ulike deler av hjelpeapparatet, som hjelp og støtte til skole, arbeidstrening/tiltak.
- ⇒ Behov for motiverende samtaler/støttesamtaler.
- ⇒ Miljøterapeutisk arbeid, jobbe med ADL-funksjoner (ADL – activities of daily life)

- ⇒ Sammensatte problemstillinger, hvor det både er behov for lavterskel tilbud uten henvisning/krav om vedtak, og for spesialiserte tjenester etter søknad/vedtak.

Om behandlingsforløpet – 3 faser kan identifiseres i et sykdoms/behandlingsforløp:

- ⇒ Forebyggende fase; hvor mange tjenester har delansvar for å drive arbeidet, som NAV, skole, helsesøster, barneverntjenesten, lege, mv.
 - PHR driver i begrenset utstrekning forebyggende arbeid.
- ⇒ Behandlingsfase, hvor PHR samarbeider med bl.a brukerkontor/boligkoordinator, lege, NAV, skole/arbeidsplasser, barneverntjenesten, mv.
- ⇒ «Vedlikeholdsfase», hvor sykdomsforløp og tjenestebehov er definert som varig, hvor PHR samarbeider med brukerkontor/boligkoordinator, lege, NAV, hjemmetjenesten, mv.
- ⇒ Antall brukere i oversikten som gis her, varierer, oppgitte tall er ca. antall.
 - Totalt er det 140 brukere pr juni 2014, alle brukergrupper. Dette inkluderer brukere PHR og Hjemmetjenesten samhandler om.

Oversikt: kartlegging viser at en i Vestvågøy kommune har følgende brukergrupper hvor rus og psykiske lidelser danner grunnlag for tjenestebehov:

Brukergrupper PHR	
Rusrelaterte problemstillinger	Antall (ca)
Rus, ungdom 18–23 år	5–10
Rus, voksne 24–49 år	20–30
Rus, voksne 50+	5–10
Rus, LAR-pasienter (legemiddel-assistert rehabilitering)	5–10
Mildere rusproblemer	20–30
Gravide rusmisbrukere	Lavt antall 1–2 i året
Psykiatri og rusrelaterte problemstillinger (dobbeltdiagnoser)	Antall (ca)
Voksne, 24–50 år	5–10
Psykiatrirelaterte problemstillinger	Antall (ca)
Psykiatri, voksne 18–23 år	Lavt antall 1–2 i året
Psykiatri, voksne 24+	50–60
Psykiatri, fremmedkulturelle	5–10
Sum alle grupper, juni 2014	140

Kommentarer til oversikten:

- ⇒ aldersgruppen under 18 år ivaretas av helsesøstertjenesten, barneverntjenesten, barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, mv.
- ⇒ aldersgruppen psykiatri 18–23 har prioritet i 2.linjetjenesten jf hurtig bistand.

⇒ plasserte i fosterhjem og institusjon kan følges opp av Barneverntjenesten frem til 23 år, og vil ikke vises i oversikten.

Utfordringer med dagens situasjon:

- Samarbeid og samhandling, brukere som faller mellom 2 el. flere stoler
 - Samhandling/samarbeid betegnes som utfordrende, både internt mellom kommunale enheter/avdelinger, og eksternt med øvrige instanser.
 - Håndtering av henvendelser til/fra 2. linjetjenesten ikke god nok pr i dag.
- Rettssikkerhet (vedtak og klageadgang)
 - Utfordring å oppnå lik vurdering av søknader.
 - Utfordring å oppnå at vedtak er oppdaterte og gjeldende jf hvilke tjenester som gis.
 - Utfordring å oppnå riktig nivå jf informasjon, saksbehandling, klageadgang, mv.
- Mangler en del tilbud.
 - Brukergrupper som velger ikke å delta i dagens lavterskeltilbud/aktiviteter.
 - Har ikke boligløsninger tilpasset brukergruppene.
 - Mangler bolig med heldøgns bemanning for særlig ressurskrevende brukere, tilbud for/ettervern jf institusjonsopphold.
- Rutiner vedr. datahåndtering og journalføring
 - PHR har ikke egnede verktøy for journalføring, bruker fortsatt manuelle håndskrevne kardex. Dette vanskeliggjør informasjonsutveksling til/fra bl.a Hjemmetjenesten og Brukerkontoret.
 - Arbeidsgruppen anser at dette i gitte situasjoner kan være en kritisk faktor, og at det er viktig at PHR uavhengig av organisering, snarest kommer over på de tekniske løsninger kommunens andre enheter bruker, Profil.

2.2 Medarbeidere og organisasjon

Vi ser på Hjemmetjenesten, hjemmesykepleien på den ene siden, og PHR på den andre:

Hjemmesykepleien har følgende nøkkeltall ihht budsjett/lønnsposter for 2014:

- Samlet årsverk i sektorene: 83,55 årsverk
- Anslag på årsverk til brukere med psykiatridiagnoser: 5 årsverk
- Andel ansatte i høyskolegruppen: pr juni 2014 utgjør dette 27%.

PHR har følgende nøkkeltall ihht budsjett/lønnsposter for 2014:

- Samlet årsverk: 14,9 årsverk
- Andel ansatte i høyskolegruppen: pr juni 2014 utgjør dette 95%.

Fordeling årsverk psykisk helse og rus (PHR)	Budsjett 2011	Budsjett 2014	Vakant 2014	Kompetanse 2014
Aktivisering for eldre og funksjonshemmede (dagsenter)	0,8	1,0	0,5	0,5 fagarbeider 2,0 psyk.sykepl.

Tilbud til personer med rusproblemer	3,0	3,0	1,0	4,1 syke/vernepleier
Pleie, omsorg og hjelp til hjemmeboende	10,3	10,9	2,5	3,9 sosionom/ barnev.pedagog
Sum	14,1	14,9	4,0	

Som det framgår av tabellen har en hatt knapt 15 årsverk i PHR de senere år, fordelt med 1 på dagsenter, 3 på rus og 10,9 tjenester til hjemmeboende. Per i dag er 4 årsverk holdt vakante i påvente av avklaringer i Omstillingsprosjektet. Per i dag er 95% av de ansatte høyskoleutdannet.

Utfordringer med dagens organisering:

- Samhandling internt mellom kommunale enheter og avdelinger, unngå dobbeltarbeid,
- Samhandling eksternt, manglende tjenester fra NLSH (døgnplasser på DPS), kommunikasjon og rutiner ved utskriving, mv.
- Dokumentasjon, vite av hverandre (ulike systemer).
- Bruke / dele fagkompetanse riktig.
- Har en nødvendig fagkompetanse?

2.3 Ressursbruk og økonomi

I analyserapport fra PwC utarbeidet i mai 2014 er det en større gjennomgang av kommunens utgifter til pleie- og omsorg (side 29–39). Hovedfunnene er disse:

- Utgiftene til pleie- og omsorg er høye i Vestvågøy, enten en ser per innbygger, per innbygger over 67 år eller per innbygger over 80 år. Utgiftene har økt etter 2011.
- Utgifter per bruker i hjemmetjenesten er høyere enn i andre kommuner. Dette kan skyldes en høyere andel brukere med særlig ressurskrevende tjenester (SRT)².
- En relativt stor andel av brukerne er vurdert til å ha omfattende bistandsbehov. En ligger lavt på antall tildelte timer praktisk bistand, og høyt på antall tildelte timer hjemmesykepleie.

Det er viktig å presisere at i statistikken så behandles psykisk helse (unntatt rus) på samme måte som øvrig hjemmetjeneste. Det er altså ikke mulig å skille ut statistikk på psykisk helse spesielt.

2.4 Samhandling og tilbakemelding fra eksterne samarbeidspartnere

Arbeidsgruppen har i sitt arbeid hentet inn anbefalinger fra NLSH avd. Lofoten DPS, om forhold de mener kommunen bør fokusere på i det videre arbeidet. Det gis følgende tilbakemeldinger:

- ⇒ Koordinering internt i kommunen må bli bedre enn i dag.

² Det er noe usikkerhet knyttet til kostnad per bruker, da en har noe feil i innrapporterte tall fra fagsystemene på antall brukere.

- ⇒ Boligsituasjonen er vanskelig for mange brukere, dette går også utover tilbud Lofoten DPS kan/skal gi.
- ⇒ Inntakskriteriene til DPS er over tid blitt strengere, noe som stiller krav til kommunene i forhold til hvilke tjenester som må gis lokalt.

3. Målbilde og risiko

3.1 Mål og delmål for arbeidsgruppa

Kommunestyret har i forbindelse med behandlingen av budsjett/handlingsprogram for 2014 fattet følgende vedtak:

Tiltak HO HT 2: Samordning Psykisk helse – Hjemmetjenesten, med besparelse 1,2 mill kroner (2014–2017)

Beskrivelse:

Ved en tettere samdrift mellom sektorene i Hjemmetjenesten og Rus og psykiatritjenesten, skapes en synergieffekt som kostnadsmessig gir mer tjenester for samme kostnad. Det er flere trinn i tiltaket, både organisatorisk og økonomisk:

Konsekvenser:

- 1. Endre navn fra Rus og psykiatritjenesten, til Psykisk helse og rus (PHR). Dette gir signaler om at det ikke er spesialisthelsetjenester vi skal yte.*
- 2. Flytte Psykisk helse og rus, fra Helseenheten til Hjemmetjenesten. Dette tar bort unødvendige diskusjoner knyttet til organisatorisk forankring for tiltak som endres.*
- 3. Redusere bemanning i Psykisk helse og rus (PHR). Oppgaver/ tjenester det er naturlig å gi av personale i Hjemmetjenestens sektorer gis derfra. Dette sikrer at PHR kan konsentrere seg om de med størst behov for spesialiserte tjenester innen PHR.
Reduksjon 6 årsverk*
- 4. Øke bemanning i sektor Leknes Øst. Dette er som følge av forskyving av tjenester mellom PHR og Leknes Øst. Økning 3,5 årsverk.*

Økonomi:

Økonomisk effekt vil da være 2,5 årsverk. Sum: 1,2 mill.

Vedtak i budsjettbehandlingen:

Kommunestyret ber administrasjonen legge fram sak ang. organisering av Rus- og Psykiatritjenesten før tiltak i budsjett iverksettes.

Arbeidsgruppens rapport og anbefaling er å regne som "sak ang. organisering av rus- og psykiatritjenesten."

3.2 Dekomponering av mål, nåsituasjon og ønsket tilstand

Hovedmål:

- ⇒ *Utarbeide forslag til en hensiktsmessig organisering av Rus- og psykiatritjenesten, sett i forhold til brukernes behov og kommunens totale tjenestetilbud til brukergruppen.*

Delmål:

- ⇒ *Beskrive brukergruppene med utfordringer innenfor psykisk helse og rus, og deres behov (type tjenester, når tid behov er der, variasjon i behov).*
- ⇒ *Beskrive et forsvarlig tjenestetilbud til brukerne. Vektlegge en tydelig arbeidsdeling og sterkere samordning av tilbudet, både mellom ulike enheter, og mellom forvaltningsnivåene. Tilbud utenom ordinær arbeidstid vurderes særskilt, det samme behov for kompetanse.*
- ⇒ *Utarbeide tiltak som skaper tettere samdrift mellom avdelingene som gir tjenester til denne brukergruppen. Vurdere/beskrive mulighetene for synergieffekter både faglig og økonomisk (mer tjenester for samme kostnad) (1,2 mill)*

Effekt mål:

- ⇒ *Ift brukerne: Definere tjenestetilbud og nivå, bidra til å avklare forventninger om hvilke tjenester som gis*
- ⇒ *Ift tjenestene: Hensiktsmessig organisering, tettere samdrift/synergi jf Hjemmetjenesten*
- ⇒ *Ift økonomi: Lavere utgifter/reduert bemanning. Bedre vurdering av alternativkostnader – rett bruker på rett plass, til best mulig økonomi.*

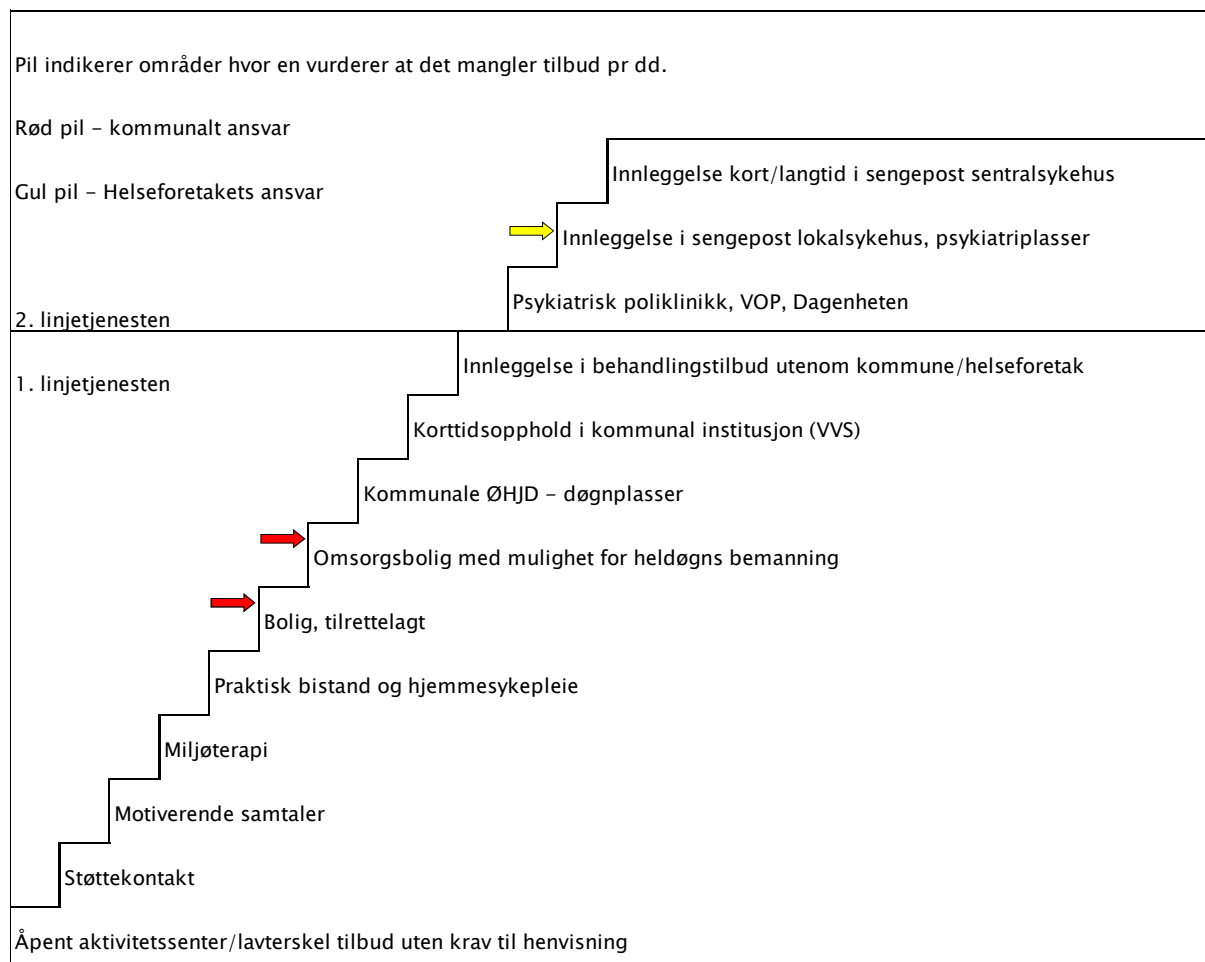
3.3 Risikoanalyse

- ⇒ Arbeidsgruppa tar forbehold om når foreslåtte tiltak kan gjennomføres, dette pga store forestående endringer innenfor omsorgssektoren i 2014. En anbefaler at endringene jf foreslåtte tiltak skjer gradvis i løpet av høsten 2014, men med utsatt effekt jf økonomi til 2015.
- ⇒ Arbeidsgruppa finner grunnlag for å fastslå at dagens tilbud har åpenbare mangler. Dette gjelder særlig tre forhold:
 - Brukergrupper som ikke nås pr i dag, eller hvor brukerne velger ikke å delta i de tilbud som gis. Her må en gå i dialog med brukergruppene om hvordan en kan innrette tjenestene for å oppnå høyere deltakelse.
 - Ansatte i PHR og Hjemmetjenesten har over tid levd med uavklarte spørsmål om ansvar for brukerne og organisering av tjenestetilbudet. Det er nødvendig å ha ryddige prosesser og konkludere i løpet av kort tid for å redusere usikkerhet og slitasjeproblematikk blant ansatte.
 - Gjennomgangsboliger, og bolig med bemanning til særlig ressurskrevende brukere. Sistnevnte brukergruppe gis ikke tilpassede tjenester lokalt, men sendes på opphold i ulike institusjoner andre steder. Slike tilbud har et høyt kostnadsnivå, og en bør vurdere om lokale tilbud i egen regi kan erstatte disse.

- ⇒ Arbeidsgruppa tar forbehold om at enkelte problemstillinger må jobbes videre med, i perioden etter at rapporten er fremlagt.

3.4 Mål for tjenestene: Tjenestetrappa

Psykisk helse og rus – tjeneste/omsorgsnivåer i Vestvågøy



Beskrivelse av de ulike trinnene

Trappa leses nedenfra og opp, og hvor laveste nivå beskriver tilbud åpne for alle, uten henvisning. Etter hvert som en kommer oppover i trappa, blir tjenestebehovet større og mer sammensatt, og hvor omfang/kostnader også blir større.

3.5 Mål for organisering

- ⇒ Sammenheng i tjenestetilbudet (alt er åpen omsorg!)
- ⇒ Forvaltningsmessige forhold – riktig bruk av ressurser
- ⇒ Bruke fagkompetanse riktig
 - generell kompetanse på generelle oppgaver, og
 - spesiell kompetanse til brukere med spesielle og sammensatte behov.

4. Tiltak med vurdering

Anbefaling jf. vedtak HO HT 2:

Arbeidsgruppa finner etter en helhetlig vurdering, at foreslåtte tiltak om flytting av tjenesten fra Helseenheten og til Hjemmetjenesten, ikke kan anbefales gjennomført.

- ⇒ I stedet anbefaler en å omorganisere alle omsorgstjenester utenom institusjonsdrift i en ny Åpen Omsorg, hvor også psykisk helse og rus inngår.

Anbefaling jf alternative tiltak – arbeidsgruppens innstilling:

Arbeidsgruppen har valgt å fokusere på følgende 4 tiltak:

- A. Organisere PHR som eget fagteam under Åpen Omsorg.
 - Behandlingslinjer brukes som arbeidsmetode/verktøy.
 - Organiseres med tilbud hele døgnet jf brukernes behov.
- B. Reetablere aktivitetssenter med økt fokus på samdrift med frivillige organisasjoner.
 - Skille mellom åpne lavterskel aktivitetstilbud uten henvisning (kan drives av frivillige) og dagsenter med krav om henvisning/vedtak (må drives av kommunen, bl.a pga krav til kompetanse/ taushetsplikt).
 - Tilbudet som gis må utredes og konkretiseres jf innhold, driftsmodell, dialog med samarbeidspartnere, mv.
- C. Utarbeide ny tildelingsmodell for kommunale tjenester innen omsorg, institusjon, psykisk helse, rus, funksjons/utviklingshemmede, og boliger med tildelingsrett. Viser til arbeidsgruppe Omsorg, utvidet mandat for å jobbe videre med dette høsten –14.
- D. Etablere flere boliger til målgruppen:
 - Nødboliger, gjennomgangsboliger og permanente boliger.
 - Bolig med bemanning til særlig ressurskrevende brukere, for/ettervern for brukere som i dag har opphold i institusjon.

4.1 Tiltak A – Organisere PHR som eget fagteam i Åpen Omsorg:

Beskrivelse av tiltaket:

Avdeling for PHR flyttes fra Helseenheten og til Åpen Omsorg. Organiseres som eget fagteam, med ansvar for oppfølging av brukere med tildelte tjenester som krever spesialkompetanse innen psykisk helse og rus. Eksisterende årsverk anvendes i turnusordning med bemanning dag/aften/natt og i helgene. Avklare ansvar for krisetelefon og vaktordning for håndtering av krisesituasjoner, innenfor Åpen Omsorg. Avklare behov for kompetanse jf kompleksitet i brukergruppene, herunder behovet for å ansette kommunepsykolog.

Organisatoriske grep som flytting av PHR vil i seg selv ikke løse de utfordringer psykisk helse og rus-tjenesten står ovenfor, men arbeidsgruppa antar at ønsket effekt kan oppnås etter følgende kriterier:

- ⇒ Flytting av tjenesten til Åpen Omsorg vil gi bedre samhandling jf felles brukere, kfr synergieffekt omtalt i *Tiltak HO HT 2*.
- ⇒ Flytting av tjenesten til Åpen Omsorg vil gi totalt sett bedre muligheter til å etablere systemer rundt særlig ressurskrevende brukere med sammensatte behov.
- ⇒ Flytting av tjenesten til Åpen Omsorg vil gi tilgang til etablerte systemer vedr. ledelse, planlegging, rutiner ift tilskuddsordninger, og datasystemer/journalverktøy PHR ikke har pr i dag.
- ⇒ Fokus på behandlingslinjer vil avklare intern og ekstern ansvarsdeling.

En del utfordringer PHR-tjenesten gir uttrykk for i dag, vil ikke berøres av en flytting til andre enheter, dette går bl.a på samhandling med fastlegene, andre kommunale enheter/tjenester, og 2. linjetjenesten (DPS). Dette er utfordringer som ikke er unike for PHR, og som må jobbes med i hele organisasjonen, uavhengig av valgt organisering.

Vurdering av tiltaket ift

- Brukere/tjeneste:
 - Ingen endring jf volum på allerede tildelte tjenester.
 - Tjenester fra PHR blir tilgjengelig større deler av døgnet
 - Bedre samordning jf brukere med sammensatte behov, og særskilt ressurskrevende brukere.
- Medarbeidere/organisasjon
 - Ansatte ivaretas ved informasjonsmøter og drøftinger i hht avtaleverket. Dette gjelder bl.a endret organisering, endring fra dagarbeidstid til turnus, og ny definisjon av roller og oppgaver/fordeling av disse.
- Ressursbruk/økonomi
 - Beregnet effekt / innsparing tilsvarende 1,2 mill oppnås ved samordningseffekt med andre avdelinger innen Åpen Omsorg.
 - Se tabell nedenfor.
- Kompleksitet/risiko
 - Tjenesten må bygges opp på nytt innenfor Åpen Omsorg, en antar overføringen vil ta noe tid. En er også avhengig av å finne gode løsninger jf lokalisering, ettersom Meieriet er et midlertidig tjenestested for PHR.

Nærmere om ressursbruk, økonomi og organisering:

Arbeidsgruppen har sett på en løsning, hvor dagens bemanning, justert for innsparingskrav og overføring av ressurser til tildelingstjenesten/brukerkontoret, overføres til åpen omsorg.

Figur – bemanning justert for innsparingskrav:

⇒ Årsverk dagens PHR		14,9
----------------------	--	------

- Vedtatt innsparing	1,2 mill	-2,5
- Avgi årsverk til Tildelingstjenesten	0,-	-1,0
=Sum til åpen omsorg		11,4

Sum årsverk til åpen omsorg skal da ivareta tilbud til de brukerne som i dag har sine tjenester fra PHR. Hvordan fordelingen skal være mellom lavterskel aktivitetstilbud, rus, og psykiatri, ønsker en ikke å gå inn på nå. Dette må Åpen Omsorg organisere jf hva som er hensiktsmessig ut fra brukernes behov ihht tildelte tjenester og når på dagen/døgnet tjenestene skal ytes.

4.2 Tiltak B. Reetablere aktivitetssenter med økt fokus på samdrift med frivillige organisasjoner

Beskrivelse av tiltaket:

Kommunen gir tilbud om lavterskel aktivitetstilbud uten krav til henvisning eller søknad, i medhold av Helse og omsorgstjenestelovens kap. 3. En ønsker å vurdere økt samarbeid med frivillige/ideelle organisasjoner om lavterskel aktivitetstilbud, bl.a for å oppnå økt åpningstid flere dager i uken, samt å tilpasse tilbudet til flere brukergrupper. En ønsker å vurdere om en kan få etablert en samdriftsmodell for å oppnå dette uten at den totale ressursbruken økes.

Åpent lavterskel aktivitetstilbud kan være base for, eller kombineres med tildelte tjenester for enkeltbrukere eller grupper etter henvisning/søknad/vedtak. Det er viktig å presisere at ansatte i PHR vil være til stede deler av tiden frivillige driver tilbudet, bl.a for å kunne observere jf brukere og vurdere eventuelle behov for bistand.

Vurdering av tiltaket ift

- Brukere/tjeneste:
 - Tjenesten kan bli tilgjengelig flere dager i uken, flere timer pr dag, enn i dag.
 - Tjenesten kan utvides til å omfatte tilbud til flere brukergrupper enn i dag.
- Medarbeidere/organisasjon:
 - Ansatte ivaretas ved informasjonsmøter og drøftinger i hht avtaleverket. Dette gjelder bl.a endret organisering, endring fra dagarbeidstid til turnus, og ny definisjon av roller og oppgaver/fordeling av disse.
- Ressursbruk/økonomi
 - Det er ikke beregnet økte kostnader eller innsparing for tiltaket. En vil i oppstartsfasen undersøke hvilke muligheter en har for å søke ekstern finansiering via tilskuddsordninger.
 - Valg av samarbeidsmodell med frivillige organisasjoner kan innvirke på kostnadsnivået.
 - Fremtidig lokalisering vil kunne innvirke på kostnader.
- Kompleksitet/risiko

- Det vil være utfordrende å finne den rette balansen og arbeidsdelingen mellom frivillige organisasjoner uten krav til formell kompetanse, og kommunalt ansatte med spesiell kompetanse på området, innenfor et lavterskel aktivitetstilbud.

4.3 Tiltak C. Utarbeide ny tildelingsmodell for kommunale tjenester innen omsorg, institusjon, psykisk helse, rus, funksjons/utviklingshemmede, og boliger med tildelingsrett

Bakgrunn:

Arbeidsgruppa konkluderer med at tildelingspraksis for vedtak om tjenester, er et kritisk punkt for psykisk helse og rus-feltet. Problematikken er sammenfallende med det arbeidsgruppe for omlegging av omsorgstjenesten har gitt uttrykk for.

- ⇒ Tildelingsmodell for omsorgstjenester skal arbeides videre med i Omstillingsprosjektet, arbeidsgruppe Omsorg. Det er naturlig å tenke at denne arbeidsgruppas sammensetning endres for å sikre representasjon fra de mest berørte tjenestene, herunder PHR.

Vurdering av tiltaket ift

- Brukere/tjeneste:
 - Bedre kvalitetssikring av brukeres lovfestede rettigheter i forhold til behovsvurdering, søknadsbehandling, vedtakspraksis, klageadgang.
 - Enklere kommunikasjon mellom bruker og kommune jf vedtak, informasjon.
- Medarbeidere/organisasjon:
 - Saksbehandling/vurdering i forhold til søknader om kommunale omsorgstjenester legges til ett kommunalt tildelingsorgan.
 - Tildelingsorganet må styrkes for å ivareta et større faglig område og større saksmengde. Ansvar og oppgaver flyttes for å oppnå dette.
 - Ett årsverk foreslås flyttet fra PHR til tildelingsorganet, for å ivareta formell saksbehandling etter søknad/henvisning overfor brukere med psykiske lidelser, og/eller ruslidelser.
 - Tjenestene ute i de enkelte avdelingene skal ikke utføre saksbehandling, utenom konsultering/bistand i forhold til vurdering av søknader.
- Ressursbruk/økonomi
 - Tildelingsorganet må tilføres ressurser for å kunne ivareta saksmengde i forhold til antall brukere, og saksbehandling ihht gjeldende lovverk.
 - Jf pkt over – ett årsverk foreslås flyttet til tildelingsorganet.
 - Arbeidsgruppen antar Vestvågøy kommune over tid kan oppnå økonomisk gevinst ved at tildelingsorganet bidrar til å sikre ens praksis for hele kommunen.
 - Helhetlig vurdering som bidrar til å finne riktig nivå, riktig mengde, rett fagmiljø, og hensiktsmessig koordinering ved behov for sammensatte tjenester.
- Kompleksitet/risiko

- Modellen må utarbeides i detalj, sammen med berørte fagmiljøer, samt godkjennes via politisk behandling høsten –14.
- Implementering av modellen vil nødvendigvis ta tid, bl.a pga utarbeidelse av nye rutiner, opplæring, rekruttering av nye medarbeidere, mv.
- Kompetanse om psykisk helse og rus viktig å få på plass i tildelingsorganet.

4.3 Tiltak D. Etablere flere boliger (nødboliger, gjennomgangsboliger, permanente boliger, bolig med heldøgns bemanning.)

4.3.1: Nødboliger, gjennomgangsboliger, permanente boliger:

Bakgrunn:

Boligproblematikk fremheves som spesiell for brukergruppene innen PHR. Dette gjelder både det åpne/private boligmarkedet, og i forhold til samarbeidspartnere som boligstiftelser mv. Problematikken er sammensatt, og handler bl.a om mislighold av husleiekontrakter (manglende betaling), større slitasje på bygninger, støy, rot, mv. Dette er et sentralt problem bl.a fordi alle behandlingstilbud tar utgangspunkt i at brukeren har levelige boforhold. Tilbakemelding fra 2. linjetjenesten er sammenfallende på dette området jf at kommunen har særlige utfordringer her. Kommunen mangler pr i dag boliger for nødsituasjoner, opplever problemer jf tildeling av bolig, har ikke egne gjennomgangsboliger, og har ikke boliger tilpasset de brukerne som har størst behov.

Beskrivelse av tiltaket:

En må enten etablere boligene selv, eller fremforhandle tilpassede avtaler med samarbeidspartnere for å få tilgang til flere gjennomgangsboliger og permanente boliger. Arbeidsgruppa anbefaler at Vestvågøy kommune i forbindelse med innfasing av Leknes Bo- & servicesenter trinn 2, vurderer omdisponering av boliger med tildelingsrett som blir ledige som følge av flytting av beboere.

Vurdering av tiltaket ift

- Brukere/tjeneste:
 - Større differensiering av typer bolig som tildeles brukergruppen.
 - Bedre tilpasset boligsituasjon.
 - Større integrering i ordinært boligmarked.
- Medarbeidere/organisasjon
 - Brukerne kan få et mer spredt bosettingsmønster, økt behov for kjøring/transport.
- Ressursbruk/økonomi
 - Uavklart.
- Kompleksitet/risiko
 - Fremskaffelse av flere utleieboliger til brukere med psykiske lidelser og/eller ruslidelser, stiller oss overfor komplekse problemstillinger. Dette bl.a pga at Vestvågøy kommune ikke eier egne boliger egnet til formålet. En er avhengig

av goodwill fra samarbeidspartnere, samt at en må påregne risiko for et høyere kostnadsnivå knyttet til forsikring, sikkerhet for husleie, mv.

4.3.2 bolig med heldøgns bemanning til særlig ressurskrevende brukere, bl.a for/ettervern for **brukere som i dag har opphold i institusjon**.

Bakgrunn:

Vestvågøy kommune har jevnlig brukere innlagt i private rusbehandlings-institusjoner andre steder i landet. Noe av problematikken skyldes at brukerne på den ene siden ikke kan klare seg i egen bolig uten omfattende bistand, mens de på den andre siden ikke innfrir kriterier for tilsvarende bistand fra 2. linjetjenesten (innleggelse i spesialsykehus). Dette er brukere hvor kommunen betaler store egenandeler. Pr i dag er to brukere inne i slike tilbud, dette representerer en egenandel på ca 3,7 mill pr år. Innleggelse i institusjoner som dette, gjøres bl.a fordi en ikke har muligheter til for/ettervern lokalt. En mangler både egnede boliger, og nødvendig bemanning/kompetanse.

Beskrivelse av tiltaket:

En ønsker å utrede etablering av en bolig med heldøgns bemanning brukere i denne brukergruppen. Dette vil redusere behovet for innleggelse i institusjon ved å gi for/ettervern, og dermed redusere innleggelsestiden i institusjon, for brukere som pga sitt funksjonsnivå må ha slike opphold. Ved å gi tilbud til flere brukere innenfor samme bolig, kan en oppnå samdriftsfordeler.

Vurdering av tiltaket ift

- **Brukere/tjeneste:**
 - Vurderes som nødvendig for å kunne gi et tilbud på alle trinn i PHR-trappa, ivareta kommunens ansvar for å gi tilbud til brukere som har rettigheter ihht gjeldende lovverk.
 - Tiltaket vil bidra til et bedre og mer differensiert tjenestetilbud for brukere med særlige behov for oppfølging.
 - Tiltaket vil gi de berørte brukere mulighet for oppfølging i sitt lokalmiljø, erfaringsvis er dette gunstigere enn å gi tilbudet i lukkede tilbud andre steder.
- **Medarbeidere/organisasjon:**
 - Kommunen har ansatte med kompetanse innenfor området, men ikke i det antall som er nødvendig for å gi tilbud i bolig med fast bemanning på døgnbasis.
 - Tiltaket kan gjennomføres ved å rekruttere flere ansatte med nødvendig kompetanse på området.
 - Turnus med bemanning dag-aften-natt nødvendig.
- **Ressursbruk/økonomi (anslag, må belyses nærmere i egen utredning):**
 - Bemanning vil utgjøre en netto kostnad på ca 2,7 mill pr år, når SRT-tilskudd er trukket fra (netto kostnad)

- Redusert kostnad ved innleggelse i institusjon kommer til fratrekk med inntil 3,75 mill. En anslår et innsparingspotensial inntil 0,5 mill pr år sammenlignet med 2013–14 nivået på innleggelser i private rus-institusjoner, når øvrige utgifter og sikkerhetsmarginer er tatt med.
- I tillegg:
 - Samordning ved at flere brukere bor i fellesskap gir redusert kostnad pr bruker.
 - Brukere som bor i tilrettelagt bolig må også betale husleie mv.
- Komplexitet/risiko
 - Etablering av nytt trinn i PHR-trappa, spesialiserte tjenester med krav til høy kompetanse, vil være utfordrende på flere områder:
 - Skaffe egnet boligløsning
 - Rekruttere ansatte med riktig kompetanse
 - Unngå innleggelse i institusjon så langt det er mulig
 - Etablering av spesialiserte tjenester for særlig ressurskrevende brukere, i vanlige boområder, kan medføre reaksjoner fra nabolag og innbyggere.
 - Tiltaket må utredes i egen sak.

5. Konklusjon og anbefaling

5.1 Arbeidsgruppas anbefaling

Arbeidsgruppa anbefaler tiltakene A–D slik de fremgår av rapporten.

Det anbefales videre at arbeidsgruppa gis et tilleggsmandat knyttet til videre planlegging og implementering av de foreslåtte tiltakene. Arbeidsgruppa ønsker å fortsette sitt arbeid, og foreslår å organisere det videre arbeidet i form av tre undergrupper, slik:

Undergruppe 1	Organisering av fagteam og organisasjonsmodell jf tiltak A.
Undergruppe 2	Organisering av lavterskel tilbud jf tiltak B.
Undergruppe 3	Boligløsninger for brukergrupper beskrevet i tiltak D.

(Tiltak C ivaretas av arbeidsgruppe Omsorg.)

Det foreslås at leder for Arbeidsgruppen selv kan inndele i undergrupper. Arbeidsgruppa vil sammenfatte undergruppenes arbeider, og komme med en samlet anbefaling/rapport innen 1. oktober 2014.

Oppsummering av tiltak:

Nr.	Beskrivelse	Konsekvens Brukere	Konsekvens Medarbeidere	Konsekvens Økonomi
A	PHR i Åpen Omsorg	Tilbud gis hele døgnet v. behov	-2,5 årsv.	-1.200
B	Dagsenter m/frivillige	Større åpningstid	Avklares senere.	-
C	Ny tildelingsmodell	Bedre rettssikkerhet	Avklaring tjenestenivå	-
D	Boliger rus/psykiatri	Bedre integrering i boligmarkedet	Spredt bosettingsmønster	-500
	Sum endring økonomi			Totalt -1.700

5.2. Eventuelt mindretallsforslag

Arbeidsgruppa er pr siste møte 25.06.14 enige om innhold og konklusjoner.

Vedlegg

A: Arbeidsgruppa – sammensetning og prosess

Sammensetning av arbeidsgruppa.

B: Møter/aktivitetsoversikt for Arbeidsgruppa

Møter / Arbeidslogg / Avklaringer / Dialog med andre.

C: Mandat:

Mandat gitt av Styringsgruppen.

D: Annet, henvisninger mv.

- Viser til veileder i psykisk helsearbeid – "Sammen om mestring" fra Helsedirektoratet IS-2076
- Viser til felles rapport fra NLSH Lofoten og kommunene Vestvågøy, Vågan, Flakstad og Moskenes – *"Forpliktende organisatorisk samhandlingsmodell innen det psykiske helsefeltet mellom fire kommuner i Lofoten og NLSH HF ved DPS Lofoten"*

E: Mental Helse – notat/innsjutt vedr. lavterskeltilbud.