



Temaplan Psykisk helse og rus 2017-2020



Forord

Det er første gang Trondheim kommune utarbeider felles plan for barn, unge og voksne. En slik felles plan bidrar til å se hele livsløpet og hvilke forebyggende innsatsfaktorer som kan ha positiv effekt på den psykiske helsen. I tillegg skal planen tydeliggjøre ansvaret ved overganger fra ungdom og at familieperspektivet blir bedre ivaretatt.

En god psykisk helse er grunnleggende for alle barn og unge. I de siste årene er det gjennomført flere kunnskapsbaserte studier i kommunene, samt utarbeidet veiledere for kommunene om hva som fremmer og hemmer barns psykiske helse. At barn opplever trygghet, tilhørighet og fellesskap med andre er viktige faktorer som må være tilstede for å utvikle en god psykisk helse.

Planen beskriver og anbefaler økt satsning på forebyggende tiltak både innenfor barnehage, skole og for voksne. Å legge til rette for at alle barn gis barnehagetilbud er det fremste beskyttelsestiltaket for å styrke den psykiske helsen. Barnehage og skole skal fremme et godt psykososialt miljø, der den enkelte skal oppleve trygghet og sosial tilhørighet. Det skal gjennomføres flere kompetansehevende tiltak som vil understøtte læringsmiljøets betydning for barn og unges psykiske helse. Det skal fortsatt satses på å øke tilbudet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, slik at de kan bidra til å fremme psykisk og fysisk helse og bidra til et godt psykososialt læringsmiljø i skolen.

Enhet for psykisk helse og rus har utviklet lavterskel Mestringstilbud som tilbyr "Rask psykisk helsehjelp" og en rekke kurs som skal hjelpe den enkelte med å håndtere sine plager og eller rusmiddelavhengighet. Det legges til rette for fleksible og varige botilbud i gode bomiljø, som er tilpasset den enkeltes behov. Personer med langvarig rusmiddelavhengighet som ønsker endring i sitt livsmønster skal sikres koordinert og rask hjelp ved Mestring og opplæringscenter (MO -senter).

Det er alltid behov for å utvikle ny kunnskap innen feltet og ansatte skal gis opplæring i perspektivet "recovery". Recovery legger til grunn at tjenesteutøveren anser brukeren som ekspert på seg selv og formidler tro på at han eller hun kan utvikle seg og få et bedre liv.

Vi håper planen både vil gi ny kunnskap og økt forståelse for arbeidet innenfor psykisk helse og rus. Lykke til med arbeidet!

Trondheim, 26.04.2017

Helge Garåsen
komm dir for helse og velferd

Camilla Trud Nereid
komm. dir for oppvekst og utdanning

Ansvarlige for utarbeidelse av planen

Eirik Roos - rådgiver rådmannens fagstab

Boel Helgesen - rådgiver rådmannens fagstab

Mette Harriet Berntsen - seniorrådgiver rådmannens fagstab

Anders Abelgaard - rådgiver Fagenhet for Oppvekst og Utdanning

Arbeidsprosess

Dette er den første planen som omhandler tiltak for både barn og voksne i forhold til psykiske vansker og rusmiddelavhengighet. Arbeidet med planen startet februar 2016, og ble organisert som et felles prosjekt for Oppvekst og utdanning (OU) og Helse og velferd (HV). Planen er en revidering av gjeldende plan for psykisk helsearbeid barn og unge 2012 - 2016, rusmiddelpolitisk handlingsplan 2009 - 2012, samt plan for selvmordsforebyggende arbeid i Trondheim kommune.

Det ble opprettet en arbeidsgruppe med representanter fra begge organisasjonene. Gruppen har rapportert til kommunaldirektørene for OU og HV. Arbeidsgruppen har gjennomført 9 arbeidsmøter og arrangert 4 workshops med representanter fra brukerorganisasjoner, samarbeidspartnere, hovedtillitsvalgte og egne ansatte. Alle har bidratt med gode innspill til arbeidet med planen. Planen ble sendt på høring til aktuelle høringsinstanser primo juli 2016 med høringsfrist 1. september 2016 og det var i alt 35 hørings svar. De fleste hørings svarene er tatt inn i gjeldende plan.

Saksprotokoll

Utvalg: Bystyret
Møtedato: 14.03.2017
Sak: 20/17

Tittel: **Saksprotokoll - Temaplan psykisk helse og rus 2017 - 2020**

Resultat: Behandlet
Arkivsak: 16/27663

Vedtak

Bystyret vedtar temaplan psykisk helse og rus 2017 – 2020 med følgende mål og handlingsdel:

A. Mål for barn og unge

1. Barn og unge utvikler tilfredsstillende grunnleggende ferdigheter
2. Barn og unge har gode læringsmiljøer
3. Flere barn og unge får hjelp og støtte i de ordinære tilbudene
4. Samarbeidet med foresatte styrkes, herunder samhandling for å sikre koordinert innsats i et familieperspektiv
5. Skolehelsetjenesten skal gjøres mer tilgjengelig for barn og unge, blant annet ved å være til stede i skolen hver dag og ved at det er klart opplyst om når den er til stede
6. Foreldre, barn og unge med psykiske vansker og rus får tidlig og effektiv hjelp gjennom forsterket helsestasjon og psykososialt team
7. Barne- og familietjenesten styrker samhandlingen med barnehage, skole og helse og velferd.
8. Flere foreldre får hjelp og bistand gjennom lærings- og mestringstilbud
9. Alle familier med behov for koordinerte tjenester har en personlig koordinator
10. Flere elever går ut av grunnskolen med mer enn 30 grunnskolepoeng

B. Mål for voksne

Tidlig innsats

Periodemål 1: Tilby lavterskel mestringkurs for personer som opplever å være i en livskrise.

Periodemål 2: Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, gis tidlig hjelp.

Periodemål 3: Utvikle samarbeid med frivillige lag og organisasjoner som fremmer økt innsats til personer med lettere og moderate psykiske vansker og til rusmiddelavhengige.

Oppfølging etter behandling

Periodemål 4: Personer som trenger kommunal oppfølging etter spesialisert behandling, skal gis tilbud om tilpassede tjenester ved utskrivning eller ved avsluttet spesialisert behandling.

Brukermedvirkning

Periodemål 5: Brukere opplever reell medvirkning i utforming av tjenester og innhold.

Periodemål 6: Gjennomføre erfaringer med erfaringskonsulenter i tjenestene.

Kunnskapsbasert praksis

Periodemål 6: Ansatte har god kompetanse om mestring ("recovery") og motiverende intervju (MI) for å møte brukernes ulike behov.

C. Handlingsdel

Bystyret gir sin tilslutning til temaplanens handlingsdel med følgende endringer og tilføyelser:

1. Tilføyelse tiltak handlingsdel 11.3, nytt punkt: (eventuelt etter punkt 8)
Forslag tiltak:
OBU - Omsorgsstasjonen for barn og unge
Beskrivelse:
Lavterskeltilbud som gjennomføres i samarbeid med Kirkens Bymisjon
2. Bystyret har vedtatt at alle skoler skal gjennomføre undervisningsopplegg som SMISO tilbyr eller tilsvarende, samt Zippys venner. Rådmannen bes sikre at alle skoler tilbyr dette, og sørge for at det er nok ressurser til å få gjennomført det.
3. Bystyret er bekymret for det økende alkoholkonsumet blant eldre og ber rådmannen innarbeide forebyggende tiltak for å møte dette.
4. Bystyret ber rådmannen sikre at alle skoler har tema psykisk og fysisk helse samt søvn og søvnens innvirkning på helsen på foreldremøter på barne- og ungdomsskolene i Trondheim
5. Nytt tiltak under Mål 4 for barn og unge (handlingsplan):
for barn er det en risikofaktor å vokse opp i familier med syke foreldre derfor må det tilbys oppfølging og avlastning i tilfeller hvor foreldre er psykisk eller fysisk syke over lengre tid. Tilflytterfamilier med lite nettverk i byen skal prioriteres

Endring i planen side 17:

"I følge WHO er en kvinne storbruker hvis hun drikker 14 eller flere alkoholenheter pr uke, noe som motsvarer 1/2 flaske vin pr dag for menn er definisjonen storbrukere de menn som drikker 21 alkoholenheter eller flere pr uke. Det motsvarer 1 flaske vin pr dag "

Endres til:

"I følge WHO er en kvinne storbruker hvis hun drikker 14 eller flere alkoholenheter pr uke, noe som motsvarer et middels stort glass vin pr dag (1,7 dl, 12% alkohol). For menn er definisjonen storforbrukere de menn som drikker 21 alkoholenheter eller flere pr uke. Det motsvarer 1 stort glass vin pr dag (2,5 dl, 12% alkohol) "

FLERTALLSMERKNAD - Ap, Sp, MDG, PP, KrF, R, H, FrP, SV, V:

Tidlig innsats er ett av fire prioriterte områder i Trondheim kommune. Innenfor til enhver tid gjeldende ressursramme må tidlig innsats prioriteres for alle som omfattes av planen.

FLERTALLSMERKNAD - H, FrP, Ap, Sp, MDG, PP, KrF, R, SV, V:

Merknadsstillerne understreker at tidlig innsats i skolen og i skolehelsetjenesten er nødvendig for å forhindre og fange opp psykiske lidelser, blant annet spiseforstyrrelser, og rusproblematikk. Skolehelsetjenesten må styrkes, og videre må Trondheim kommune Saksprotokoll for Bystyret 14.03.2017 det iverksettes tiltak som sikrer at fraværet i skolen er så lavt som mulig. Elever med udokumentert fravær skal gis tett oppfølging.

FLERTALLSMERKNAD - KrF, R, PP, Ap, Sp, MDG, SV:

For å sikre et best mulig tjenestetilbud for personer med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk må ideell sektor få bidra til Trondheim kommunes velferdstilbud. Et samspill mellom ideelle og offentlige aktører bidrar til å øke kvaliteten på tjenestene, sikre et bedre behandlingstilbud og kan i større grad sikre valgfrihet for hver enkelt.

FLERTALLSMERKNAD - H, FrP, Ap, V, PP, Sp, R, SV, KrF:

De som sliter psykisk eller med rus har ulike utfordringer og behov. Det er derfor viktig at alle får et tilbud som er tilpasset sin individuelle situasjon. Det er behov for et variert tilbud som er lett tilgjengelig for den enkelte, blant annet gjennom tidlig veiledning og henvisning fra nærmeste fagperson, for eksempel helsesøster eller fastlege.

FLERTALLSMERKNAD – PP, H, FrP, SV, R, MDG, V, Sp, KrF, Ap: Bystyret mener at individuell plan (IP) er et viktig verktøy for både brukere, pårørende og de kommunale instanser. Individuell plan (IP) er ønskelig innenfor psykisk helse og rus hvor man har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Individuell plan vil sikre at man får et godt helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Behandling:

Tilleggsnotat publisert før møtet:

Notat fra rådmannen datert 9.3.2017 - vedlegg 19 og 20

Marte Løvik (Sp) alternativt forslag til innstillingen pkt A på vegne av Sp, Ap, V, KrF, SV, MDG, PP:

A. Mål for barn og unge

1. Barn og unge utvikler tilfredsstillende grunnleggende ferdigheter
2. Barn og unge har gode læringsmiljøer
3. Flere barn og unge får hjelp og støtte i de ordinære tilbudene
4. Samarbeidet med foresatte styrkes, herunder samhandling for å sikre koordinert innsats i et familieperspektiv

5. Skolehelsetjenesten skal gjøres mer tilgjengelig for barn og unge, blant annet ved å være til stede i skolen hver dag og ved at det er klart opplyst om når den er til stede
6. Foreldre, barn og unge med psykiske vansker og rus får tidlig og effektiv hjelp gjennom forsterket helsestasjon og psykososialt team
7. Barne- og familietjenesten styrker samhandlingen med barnehage, skole og helse og velferd.
8. Flere foreldre får hjelp og bistand gjennom lærings- og mestringstilbud
9. Alle familier med behov for koordinerte tjenester har en personlig koordinator
10. Flere elever går ut av grunnskolen med mer enn 30 grunnskolepoeng

Vegard Bilsbak (MDG) endringsforslag til planen side 17:

“I følge WHO er en kvinne storforbruker hvis hun drikker 14 eller flere alkoholenheter pr uke, noe som motsvarer 1/2 flaske vin pr dag. For menn er definisjonen storforbrukere de menn som drikker 21 alkoholenheter eller flere pr uke. Det motsvarer 1 flaske vin pr dag ”

Endres til:

“I følge WHO er en kvinne storforbruker hvis hun drikker 14 eller flere alkoholenheter pr uke, noe som motsvarer et middels stort glass vin pr dag (1,7 dl, 12% alkohol). For menn er definisjonen storforbrukere de menn som drikker 21 alkoholenheter eller flere pr uke. Det motsvarer 1 stort glass vin pr dag (2,5 dl, 12% alkohol) ”

Mari Holm Lønseth (H) og Mats Ramo (FrP) merknad pva H og FrP:

MERKNAD 1:

For å sikre et best mulig tjenestetilbud for personer med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk må alle gode krefter bidra til Trondheim kommunes velferdstilbud. Et samspill mellom private og offentlige aktører bidrar til mer mangfold, til å sikre mer valgfrihet og individuell tilpasning og til å øke kvaliteten på tjenestene.

MERKNAD 2:

De som sliter psykisk eller med rus har ulike utfordringer og behov. Det er derfor viktig at alle får et tilbud som er tilpasset sin individuelle situasjon. Det er behov for et variert tilbud som er lett tilgjengelig for den enkelte, blant annet gjennom tidlig veiledning og henvisning fra nærmeste fagperson, for eksempel helsesøster eller fastlege.

MERKNAD 3:

Merknadsstillerne er tilfreds med at Høyre/FrP-Regjeringen har sørget for en styrking av arbeidet innen psykisk helse og rusfeltet som kommer innbyggerne i Trondheim til gode. Dette blant annet gjennom innføringen av ordningen fritt behandlingsvalg, at det er fremmet en opptrappingsplan for rusfeltet, og at det er overført midler til psykisk helsearbeid i kommunene, blant annet gjennom styrkingen av skolehelsetjenesten.

Svein Otto Nilsen (PP) og Morten Kokaas (PP) merknad pva PP:

Bystyret mener at individuell plan (IP) er et viktig verktøy for både brukere, pårørende og de kommunale instanser. Individuell plan (IP) er ønskelig innenfor psykisk helse og rus hvor man har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Individuell plan vil sikre at man får et godt helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Votering:

Innstillingen unntatt pkt A ble enstemmig vedtatt.

Ved alternativ votering mellom innstillingen pkt A og Løviks forslag ble Løviks forslag enstemmig vedtatt.

Bilsbaks forslag ble enstemmig vedtatt.

SV, V sluttet seg til flertallsmerknad 1 fra komiteen.

SV, V sluttet seg til flertallsmerknad 2 fra komiteen.

SV sluttet seg til flertallsmerknad 3 fra komiteen.

V sluttet seg til merknad 1 fra H, FrP (mindretallsmerknad).

Ap, V, PP, Sp, R, SV, KrF sluttet seg til merknad 2 fra H, FrP.

V, KrF sluttet seg til merknad 3 fra H, FrP (mindretallsmerknad).

H, FrP, SV, R, MDG, V, Sp, KrF, Ap sluttet seg til merknaden fra PP.

Innhold

Forord

[Ansvarlige for utarbeidelse av planen](#)

[Arbeidsprosess](#)

Saksprotokoll

1 Sammen drag

2 Innledning

[2.1 Temaplan psykisk helse og rus](#)

[2.2 Målgruppe](#)

[2.3 Arbeidet med planen](#)

[2.4 Planens inndeling](#)

[2.5 Avgrensninger](#)

3 Nasjonale føringer

3.1 Nasjonale føringer

[3.1.1 Opptappingsplanen for rusfeltet](#)

[3.1.2 Bedre føre var...Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger](#)

[3.1.3 Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene](#)

[3.1.4 Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne](#)

[3.1.5 Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet](#)

[3.1.6 Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading](#)

4 Kommunale føringer

[4.1 Kommunens ansvar](#)

[4.2 Spesialisthelsetjenestens ansvar](#)

5 Fakta

[5.1 Barn og ungdoms helse](#)

[5.2 Psykisk helse og rus](#)

[5.3 Alkohol](#)

[5.3.1 Alkoholomsetningen i Trondheim](#)

[5.4 Narkotika](#)

[5.4.1 Narkotikabruk i Trondheim](#)

[5.5 Brukerplanundersøkelsen 2015](#)

[5.6 Anabole Androgene Steroider \(AAS\)](#)

[5.7 Mobbing](#)

5.8 Selvmord

6 Status tjenester

6.1 Fastlege

6.2 Psykologer

6.3 Barne- og familietjenesten

6.3.1 Helsestasjon- og skolehelsetjenesten

6.3.2 Fagteam i barnehager og skoler

6.3.3 Psykososialt team

6.3.4 Ressursteamet for gravide rusmiddelavhengige og deres barn

6.4 Fagenhet for oppvekst og utdanning

6.5 Helse og velferdskontor

6.6 Enhet for psykisk helse og rus

6.6.1 Housing first

6.6.2 Gjengangertilbudet

6.7 Botiltak for psykisk helse og treffsteder

6.8 Enhet for rustjenester

6.8.1 Helseteam

6.9 Stavne arbeid og kompetanse KF

6.9.1 Brygga

6.9.2 SAMUR

6.9.3 Dagsverket

6.9.4 Kognitive programmer/ mestringstilbud

6.9.5 Modulen- program i Trondheim fengsel for innsatte med rusproblemer

6.10 Tiller helse- og velferdssenter

6.11 Østbyen helsehus, avdeling Leistad (etterbehandling)

6.12 Moholt helse- og velferdssenter / Valentinlyst helse- og velferdssenter

6.13 NAV

6.14 Frisklivssentral

6.15 Samarbeid med lag og organisasjoner

6.15.1 Reisverket

6.15.2 Sorgenfri

6.15.3 Aktiv på dagtid

6.15.4 Blå kors

6.15.5 Studenthelse

7 Utfordringer

7.1 Svangerskapet

7.2 Foreldre med psykiske vansker/lidelser eller rusproblemer

7.3 Lavinntektsfamilier

- [7.4 Barn og unge med funksjonsnedsettelse](#)
- [7.5 Vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep](#)
- [7.6 Samhandling og koordinering](#)
- [7.7 Frafall fra videregående skole](#)
- [7.8 Kapasiteten i lavterskeltilbudene](#)
- [7.9 Psykososialt arbeid til flyktninger](#)
- [7.10 Samtidige ruslidelser og psykiske lidelser \(ROP\)](#)
- [7.11 Tilrettelagte boliger](#)

[8 Mål](#)

- [8.1 Mål Oppvekst og Utdanning](#)
 - [8.1.1 Mål for tjenesteområdet](#)
 - [8.1.1.1 Periodemål 2017-2020](#)
- [8.2 Mål Helse og velferd](#)
 - [8.2.1 Tidlig innsats](#)
 - [8.2.2 Oppfølging etter behandling](#)
 - [8.2.4 Brukermedvirkning](#)
 - [8.2.5 Kunnskapsbasert praksis](#)

[9 Strategier](#)

- [9.1 Folkehelsearbeid](#)
 - [9.1.1 Fysisk aktivitet](#)
 - [9.1.2 Riktig ernæring](#)
 - [9.1.3 Røyk og snus](#)
 - [9.1.4 Søvnvansker](#)
- [9.2 Brukermedvirkning](#)
 - [9.2.1 Recovery](#)
 - [9.2.2 Samarbeid med lag og organisasjoner](#)
- [9.3 Familieperspektiv](#)
- [9.4 Tidlig innsats](#)
- [9.5 Samhandling og helhet](#)
- [9.6 Kunnskapsbasert praksis](#)
- [9.7 Velferdsteknologi](#)

[10 Videreføring av tiltak og nye innsatsområder](#)

- [10.1 Mestringstilbud for voksne](#)
 - [10.1.1 Målgruppe](#)
 - [10.1.2 Formål med tilbudet](#)
 - [10.1.3 Tilbudets innhold](#)
- [10.3 Unge voksne og økonomisk stønad](#)
- [10.4 Selvmordsforebyggende arbeid i Trondheim](#)

- [10.4.1](#) [Årsaker til selvmord og selvmordsforsøk](#)
- [10.4.2](#) [Arbeid med selvmordsforebygging](#)
- [10.4.3](#) [Etterlatte](#)
- [10.5](#) [Psykiske vansker hos eldre](#)
- [10.6](#) [Mottaks- og oppfølgingscenter \(MO-senter\)](#)
 - [10.6.1](#) [Organisatorisk tilknytning](#)
 - [10.6.2](#) [Hva skal tilbys](#)
 - [10.6.3](#) [Målsetting](#)
- [10.7](#) [Kommunale korttids døgnplasser](#)
- [10.8](#) [Institusjonsplasser kommunal omsorg](#)
- [10.9](#) [Natt krise tilbud menn](#)
- [10.10](#) [Nye Jarleveien](#)
- [10.11](#) [Småhus](#)
- [10.12](#) [Narkotikadomstol med domstolskontroll](#)
- [11](#) [Handlingsdel/tiltak](#)
 - [11.1](#) [Tiltak 0-5 år](#)
 - [11.2](#) [Tiltak 6 - 12 år](#)
 - [11.3](#) [Tiltak 13-20 år](#)
 - [11.4](#) [Tiltak voksne](#)
- [12](#) [Vedlegg](#)
 - [12.1](#) [Vedlegg 1 Psykisk helsearbeid i grunnskolen 2013-2015](#)

1 Sammendrag

Denne planen beskriver hvordan Trondheim kommune vil forebygge og identifisere tidlige tegn på psykiske vansker og gi tidlig hjelp for å motvirke utvikling av varige psykiske vansker/lidelser og/eller rusmiddelavhengighet. Planen skal videre bidra til at personer med kroniske lidelser skal få hjelp og støtte til å leve et godt liv.

Planen beskriver utfordringer, mål, strategier og tiltak. Planen bygger på tidligere plan for psykisk helsearbeid for barn og unge og bystyresak om videreutvikling av skolehelsetjenesten, som ble vedtatt av bystyret august 2016, samt den rusmiddelpolitiske handlingsplanen 2009-2012 - Sammen mot rus, for mestring, helse og trygghet.

Trondheim kommune utarbeidet i 2008 en plan for det selvmordsforebyggende arbeidet. I forbindelse med Bystyrets behandlingen av økonomi og handlingsplan 2016-2019 ble det vedtatt at rådmannen skal legge frem en sak om rullering av handlingsplan mot selvmord i 2016. Rådmann har valgt å inkludere selvmordsforebyggende tiltak i foreliggende plan.

Dette er en samlet plan for hele befolkningen. Rådmannen ønsker å utarbeide en helhetlig plan for å sikre sammenhenger og sømløse overganger fra ungdom til voksenliv.

Mål for barn og unge¹:

1. Barn og unge utvikler tilfredsstillende grunnleggende ferdigheter
2. Barn og unge har gode læringsmiljøer
3. Flere barn og unge får hjelp og støtte i de ordinære tilbudene
4. Samarbeidet med foresatte styrkes, herunder samhandling for å sikre koordinert innsats i et familieperspektiv
5. Skolehelsetjenesten skal gjøres mer tilgjengelig for barn og unge, blant annet ved å være til stede i skolen hver dag og ved at det er klart opplyst om når den er til stede
6. Foreldre, barn og unge med psykiske vansker og rus får tidlig og effektiv hjelp gjennom forsterket helsestasjon og psykososialt team
7. Barne- og familietjenesten styrker samhandlingen med barnehage, skole og helse og velferd.
8. Flere foreldre får hjelp og bistand gjennom lærings- og mestringstilbud
9. Alle familier med behov for koordinerte tjenester har en personlig koordinator
10. Flere elever går ut av grunnskolen med mer enn 30 grunnskolepoeng

¹ Endret etter politisk behandling, og i tråd med vedtaket.

Mål for voksne²:

Tidlig innsats

Periodemål 1: Tilby lavterskel mestringkurs for personer som opplever å være i en livskrise.

Periodemål 2: Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, gis tidlig hjelp.

Periodemål 3: Utvikle samarbeid med frivillige lag og organisasjoner som fremmer økt innsats

til personer med lettere og moderate psykiske vansker og til rusmiddelavhengige.

Oppfølging etter behandling

Periodemål 4: Personer som trenger kommunal oppfølging etter spesialisert behandling, skal gis tilbud om tilpassede tjenester ved utskrivning eller ved avsluttet spesialisert behandling.

Brukermedvirkning

Periodemål 5: Brukere opplever reell medvirkning i utforming av tjenester og innhold.

Periodemål 6: Gjennomføre erfaringer med erfaringskonsulenter i tjenestene.

Kunnskapsbasert praksis

Periodemål 6: Ansatte har god kompetanse om mestring ("recovery") og motiverende intervju (MI) for å møte brukernes ulike behov

Strategier:

1. Folkehelsearbeid
 - 1.1 Fysisk aktivitet
 - 1.2 Riktig ernæring
 - 1.3 Hjelp med å slutte med røyk og snus
 - 1.4 Hjelp med søvnvansker
2. Tidlig innsats
3. Familieperspektiv
4. Samhandling og helhet
5. Brukermedvirkning
6. Samarbeid med lag og organisasjoner
7. Kunnskapsbasert praksis

Nasjonale tall viser at det er 260 000 barn og unge som har en eller to foreldre med psykiske plager som kan gå ut over daglig fungering for foreldrene. Dersom vi forutsetter at Trondheim har samme utfordringer som landet, kan vi anslå at det er omtrent 7 500 barn og unge i Trondheim med tilsvarende problemer. I slike tilfeller er det ofte nødvendig med hjelp både ut fra barnets perspektiv og fra et foreldreperspektiv. For å ivareta begge perspektivene er det beskrevet strategier og tiltak som skal ivareta samhandlingen mellom barne- og familietjenesten og helse og velferd. Enhet for psykisk helse og rus har blant annet etablert barneansvarlige for å ivareta barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre, slik at hele familien får den nødvendige hjelpen.

² Endret etter politisk behandling, og i tråd med vedtaket.

Planen beskriver og anbefaler videre satsing på familiestøttende tiltak og økt satsing på forebyggende tiltak innen barnehage, skole og for voksne. Barnehage og skole skal fremme et godt psykososialt miljø, der den enkelte skal oppleve trygghet og sosial tilhørighet. Det skal gjennomføres flere kompetansehevende tiltak som vil understøtte læringsmiljøets betydning for barn og unges psykiske helse. Det vil også gjennomføres kompetansehevende tiltak i forhold til selvmordsforebygging og samtalemetoder.

Som hovedregel skal barn og unge få hjelp og støtte til å vokse opp i sitt hjem og nærmiljø, men det vil være en andel barn og unge som plasseres i fosterhjem eller i institusjon for å sikre at barnas helse og utvikling blir ivaretatt.

Det er en nasjonal og lokal satsing på å øke tilbudet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten for å bidra til å fremme psykisk og fysisk helse og et godt psykososialt læringsmiljø i skolen. Tjenesten skal bli enda mer tilgjengelig, og det skal være lav terskel for å få hjelp.

Ungdom som faller ut av videregående opplæring har dårligere helse, psykiske vansker og lidelser og bruker mer rusmidler enn de som fullfører tolv-årig skolegang. De vanligste plagene for ungdom er tristhet og nedstemthet. Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (PPT) skal ta i bruk nytt kartleggingsverktøy for å kunne gi anbefalinger til skolene om hvordan opplæringen skal justeres for å øke læringsutbyttet. I tillegg skal det utarbeides et undervisningsprogram om psykisk helse i samarbeid med NTNU for elever i ungdomsskolen. Til tross for at det er en stor utfordring å redusere frafall i videregående skole, foreslår rådmannen en målsetting om at andelen elever som fullfører det 13-årige skoleløpet øker fra 74 prosent i 2016 til 80 prosent i 2020. Dette skjer i samarbeid med fylkeskommunen.

Andelen av befolkningen som får en eller annen psykisk lidelse i løpet av livet, varierer fra 25 til 52 prosent. Verdens helseorganisasjon har slått fast at depresjon er en av de ledende årsaker til sykdom i verden. Depresjon er en av de viktigste årsakene til arbeidsfravær, sykemelding og uførhet. Det er altså ikke bare store personlige lidelser og tap av livskvalitet som er forbundet med depresjon, men også omfattende økonomiske og samfunnsmessige omkostninger. Det er utviklet ny kunnskap om virksomme tiltak for å hjelpe voksne personer med psykiske lidelser. Enhet for psykisk helse og rus har utviklet et lavterskel Mestringstilbud som tilbyr "Rask psykisk helsehjelp" og en rekke kurs som skal hjelpe den enkelte med å håndtere sine plager og/eller rusmiddelavhengighet. Planen foreslår å styrke Mestringstilbudet for å gi raskere hjelp til flere.

Personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer er overrepresentert blant de bostedsløse og vanskeligstilte på boligmarkedet. Målet er at alle skal bo trygt og godt, hovedsakelig i egen bolig. Boligpreferansene har endret seg de siste årene, slik at de fleste med store hjelpebehov ønsker å bo "normalt", dvs. i en bolig og boligområde som ikke skiller seg ut. Planen foreslår derfor at det legges til rette for fleksible og varige botilbud i

gode bomiljø, som er tilpasset den enkeltes behov. Med varig bolig menes et sted hvor man kan bo uten tidsbegrensning. Det omfatter tilbud som spenner fra egen eid eller leid bolig i ordinær boligmasse til bemannede og samlokaliserte boliger eller bofellesskap. Kommunal omsorgsbolig, heldøgns helse- og omsorgsinstitusjon og sykehjem kan også være aktuelle botilbud for noen.

For personer med rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser er bolig ofte en forutsetning for å kunne iverksette og lykkes med behandling og oppfølgingstjenester. I planperioden etableres blant annet 44 nye boliger for rusmiddelavhengige i Jarleveien, samt 10 nye "småhus". Planen foreslår en videre satsning på å tilby flere brukere bolig gjennom prosjektet "Housing-First".

Personer med langvarig rusmiddelavhengighet som ønsker endring i sitt livsmønster skal sikres koordinert og rask hjelp ved Mestring og opplæringscenter (MO-senter) som etableres ved årsskiftet 2016/2017.

Staten har varslet innføring av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 2018. For å unngå økte betalingskostnader, prioriteres utskrivningsklare pasienter til etterbehandlingsplassene på Østbyen helsehus, avdeling Leistad.

Staten har også stilt krav om at kommunene skal etablere kommunale akutte døgnplasser (KAD) for personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengige i løpet av 2017. Det foreslås å etablere 2 KAD plasser for personer med psykiske lidelser ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad og 2 KAD plasser for rusmiddelavhengige.

2 Innledning

Alle har vi psykisk helse gjennom hele livsløpet. WHO definerer god psykisk helse som *"En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet."*



Psykisk helse handler om tanker og følelser og hvordan disse kommer til uttrykk. Det handler om hvordan en har det på innsiden av seg selv og sammen med andre. Godt samspill, tidlige trygge og vedvarende relasjoner, samt tilhørighet i et fellesskap er viktig for å utvikle god psykisk helse. Psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer forekommer i alle aldersgrupper og i alle deler av befolkningen og kan påføre smerte og lidelse for den enkelte, for familie og pårørende. For enkelte kan det dreie seg om en periode i livet. For andre starter problemene tidlig og varer over tid.

Motgang kan gi vekst og utvikling og mange klarer seg godt gjennom egen innsats og støtte fra familie og nettverk. Samtidig er det mye å hente på å få god hjelp så tidlig som mulig. Små barn som belastes av foreldres rus og psykiske helseproblemer må få tidlig hjelp for å sikre grunnleggende trygghet, utvikling og læring.

2.1 Temaplan psykisk helse og rus

Trondheim kommunes samfunnsdel 2009-2020 er kommunens overordnede plan for samfunnsutvikling og setter mål for viktige samfunnsområder for bysamfunnet og kommunen. Det øvrige planarbeidet i kommunen skal bidra til at målene for kommunen som tjenesteproducent og by- og samfunnsutvikler nås. Temaplanen for personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusmiddelbruk skal bidra til å nå målet om helsefremmende og forebyggende arbeid for både barn, unge og voksne.

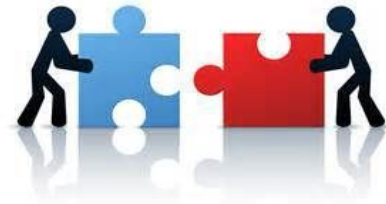
Formålet med en plan for barn, unge og voksne er at hjelpeapparatet kan ha et helhetlig perspektiv på barnet og familien og på ressursinnsatsen gjennom hele livsløpet. Det er viktig å vurdere betydningen av folkehelseiltak, tidlig innsats og hva som er nødvendig innsats for å hjelpe de som har tidlig tegn på psykiske plager eller har en kronisk psykisk sykdom.

2.2 Målgruppe

Målgruppe for planen er hele befolkningen, det vil si barn, unge og familien og den voksne som er i fare for å utvikle tegn på psykiske vansker og som kan utvikle rusmiddelavhengighet.

2.3 Arbeidet med planen

Dette er den første planen som omhandler tiltak for både barn og voksne i forhold til psykiske vansker og rusmiddelavhengighet. Arbeidet med planen startet februar 2016, og ble organisert som et felles prosjekt for Oppvekst og utdanning (OU) og Helse og velferd (HV). Planen er en revidering av gjeldende plan for psykisk helsearbeid barn og unge 2012 - 2016, rusmiddelpolitisk handlingsplan 2009 - 2012, samt plan for selvmordsforebyggende arbeid i Trondheim kommune.



Det ble opprettet en arbeidsgruppe med representanter fra begge organisasjonene. Gruppen har rapportert til kommunaldirektørene for OU og HV. Arbeidsgruppen har gjennomført 9 arbeidsmøter og arrangert 4 workshops med representanter fra brukerorganisasjoner, samarbeidspartnere, hovedtillitsvalgte og egne ansatte. Alle har bidratt med gode innspill til arbeidet med planen. Planen ble sendt på høring til aktuelle høringsinstanser primo juli 2016

med høringsfrist 1. september 2016 og det var i alt 35 hørings svar. De fleste hørings svarene er tatt inn i gjeldende plan.

2.4 Planens inndeling

I planens første del (kapittel 1-7) beskrives føringer, status og utfordringer. Målstruktur og strategier presenteres i kapittel 8 og 9. I kapittel 10 beskrives tiltak som videreføres fra forrige planperiode og nye innsatsområder, før tiltakene for planperioden beskrives i kapittel 11. Vedlegg er lagt til kapittel 12.

2.5 Avgrensninger

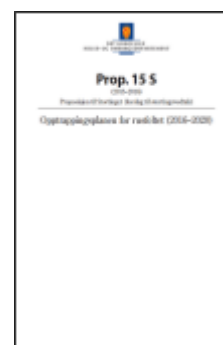
Planen vil ikke ta for seg alkoholpolitiske tiltak som regulering av skjenketider og antall skjenketillatelser. Bystyret behandlet 26.05 2016 sak 55/16 Fornyelse av salgs- og skjenkebevillinger 2016-2020 Endring av forskrift og retningslinjer.

3 Nasjonale føringer

3.1 Nasjonale føringer

3.1.1 Opptappingsplanen for rusfeltet

Regjeringen la i november 2015 frem [Opptappingsplanen for rusfeltet](#) (2016–2020). Proposisjonen gir en gir oversikt over de framtidige hovedutfordringene og fastlegger både kortsiktige og langsiktige strategier for å møte dem. Forslagene omhandler tiltak som skal legge til rette for en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats overfor grupper som står i fare for eller er i ferd med å utvikle eller har lettere/moderate rusproblemer og for personer med alvorlig rusavhengighet, samt deres pårørende.



3.1.2 Bedre føre var... Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger

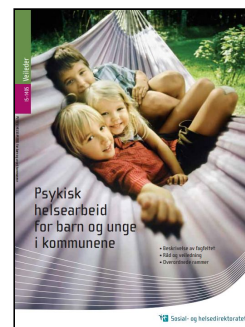
Folkehelseinstituttet beskriver i sin [rapport](#) 50 ulike tiltak, og vurderer dokumentasjonen. Blant tiltakene som trekkes frem er høy sysselsetting, helsefremmende skoler, høykvalitetsbarnehager, forebyggende tiltak på eldrecentre, hjemmebesøk til førskolebarn, styrking av foreldreferdigheter, arbeid med bistand, grupper, kurs og programmer for mestring av angst og depresjon, programmer for forebygging av



søvnproblemer og sterk evalueringsforskning de 10 tiltakene som bygger på det mest solide evidensgrunnlaget eller vurderes som de viktigste.

3.1.3 Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene

[Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene](#) (2007) er den første samlede fremstilling av fagfeltet psykisk helsearbeid for barn og unge. Barn og unges psykiske helse angår oss alle. Å skape gode oppvekstvilkår og gode rammer rundt det enkelte barns oppvekst og utvikling er en av de viktigste oppgavene i samfunnet.



3.1.4 Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne

Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (2014) "[Sammen om mestring](#)" har som formål å synliggjøre brukergruppens behov og understøtte det lokale psykiske helse- og rusarbeidet for voksne.



3.1.5 Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet

[Meldingen](#) omhandler forslag til hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer. Forslagene omhandler tiltak som skal legge til rette for en flerfaglig og helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste, med god kvalitet og kompetanse.



3.1.6 Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading

Det overordnede målet med [planen](#) er å redusere omfanget av selvmord og selvskading i befolkningen. Dette skal nås gjennom: God psykisk helse og mestring i befolkningen, redusert forekomst av selvmord og selvskading i risikogrupper, god oppfølging og ivaretagelse av etterlatte, pårørende og andre berørte, et kunnskapsbasert tjenesteapparat og kunnskapsbaserte strategier og tiltak. Planen peker på nye tiltak og viderefører og videreutvikler pågående arbeid. Det er viktig å se synergieffektene av iverksatte tiltak. 29 nye tiltak skal styrke innsatsen for å



forebygge selvmord og selvskading, og øke kunnskapsgrunnlaget og kompetansen i tjenesteapparatet.

4 Kommunale føringer

Trondheim kommune har følgende temaplaner, som grenser inn på områdene som beskrives i denne planen:

- Plan for habiliteringstjenester barn og unge (2015 - 2019)
- Plan mot vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep (2016 - 2020)
- Plan for videreutvikling av skolehelsetjenesten, ble vedtatt av bystyret i august 2016.
- Temaplan for Trondheim kommunes frivillighetspolitikk 2012-2016
- Temaplan for fysioterapitjenesten 2013 - 2016
- Temaplan for habiliteringstjenester- og rehabilitering for voksne 2015 - 2018
- Temaplan for legetjenester 2015 - 2018
- Strategisk kompetanse- og rekrutteringsplan 2014 - 2017
- Temaplan for arbeid mot fattigdom i Trondheim 2013 - 2017
- Strategisk plan for utviklingshemmede 2015 -2018
- Plan for selvmordsforebyggende arbeid i Trondheim kommune, revidert 2013.

4.1 Kommunens ansvar

[Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#) beskriver kommunens ansvar for helse og sosiale tjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Alle som trenger slike tjenester skal få det uavhengig av diagnose eller alder. Det er oppholdsprinsippet som er gjeldende her, både når det gjelder tjenester og finansiering av tiltak / tjenester. Tjenestene skal være forsvarlige.

Kommunen har ansvar for at innbyggere som har rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer og lidelser får utredning, diagnostisering og behandling. Ved behov skal kommunen henvise til spesialisthelsetjenesten. Kommunens ansvar for personer med psykiske problemer og lidelser og rusmiddelproblemer er tydeliggjort i helse- og omsorgstjenesteloven.

Kommunen bør ta et hovedansvar for å ha tilbud til personer med psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer som forventes å bli milde og kortvarige. Behovet for tjenester fra spesialisthelsetjenesten vil variere, og er størst for personer med alvorlige lidelser. Å drive et godt folkehelsearbeid, forebygging, behandling, omsorg og rehabilitering er viktige oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Formålet med [Lov om barneverntjenester](#) er:

- å sikret 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 oppvekstvilkår.

Kommunen skal følge nøye med i de forhold barn lever under, og har ansvar for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og adferdsproblemer. Barneverntjenesten har spesielt ansvar for å søke avdekket omsorgssvikt, adferds-, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås, og sette inn tiltak i forhold til dette.

4.2 Spesialisthelsetjenestens ansvar

[Lov om spesialisthelsetjenestene](#) beskriver spesialisthelsetjenestenes ansvar. Behandling av personer med rusavhengighet kan skje gjennom tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) i eller utenfor institusjon. De har også ansvar for akutthjelp for rusmisbrukeren og legemiddelassistert behandling (LAR). Behandling av psykiske lidelser kan foregå enten poliklinisk, døgnopphold i sykehus eller i distriktpspsykiatrisk senter (DPS). I tillegg gis tilbud om behandling fra ambulante team (ACT /PART). I [Pasient og brukerrettighetsloven](#) og prioriteringsforskriftene beskrives pasientens rett til behandling. Det er helse og velferdstjenestene og fastleger som kan henvise til slik behandling.

[Lovens § 6](#) omhandler barns særlige rettigheter, og påpeker barns rett til helsekontroll, rett til samvær med foreldrene i helseinstitusjon, rett til aktiviteter i helseinstitusjon, rett til undervisning i helseinstitusjon og barns partsrettigheter.

5 Fakta

5.1 Barn og ungdoms helse

UngData-undersøkelsen 2013 viser at selv om de aller fleste barn og unge er godt fornøyd med egen helse, trives i skolen og med sine foreldre og nærmiljø, er det mange ungdommer som har ulike helseplager i hverdagen. Mange sliter med hodepine, smerter ledd og muskulatur, dårlig selvbilde, psykiske plager og symptomer på stress.

5.2 Psykisk helse og rus

Norge er et av verdens beste og tryggeste land å bo i og norske barn er blant de friskeste i verden. Likevel øker forekomsten av psykiske problemer i landet vårt, noe som gir grunn til bekymring. Det er vanlig å skille mellom psykiske vansker og psykiske lidelser. Psykiske vansker refererer til tilstander som f.eks. angst, depresjon, tvang, reguleringsvansker eller søvnevansker som påvirker daglig fungering i forhold til mestring, trivsel og relasjon til andre mennesker, men der symptombelastningen ikke er så stor at det stilles en diagnose.

Det foreligger en rekke verktøy som kan brukes i kartlegging av psykiske vansker hos enkeltindivider. I tillegg til samtaler, observasjoner og annen informasjon vil bruk av slike verktøy gi grunnlag for å vurdere hva vanskene består i, hvor alvorlige disse er og hvem som

er best i stand til å yte god hjelp. Psykiske lidelser refererer til psykiske vansker av en slik type eller grad at det kvalifiserer for en diagnose.

Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. Ofte, men ikke alltid, medfører psykiske lidelser høyere belastning enn psykiske plager.

I en [rapport fra Folkehelseinstituttet](#) antas det at 15 – 20 % av barn og unge i alderen 3 – 18 år har nedsatt funksjon som skyldes psykiske plager. Cirka 8 % av landets mindreårige har så alvorlige problemer at de har utviklet en psykisk lidelse. Man regner med at rundt 70 000 barn i Norge har psykiske lidelser som går ut over barnets funksjon i hverdagen, og som krever behandling. Psykiske lidelser hos barn er ulike former for angst, depresjon og atferdsforstyrrelser, samt ADHD, traumelidelser og spiseforstyrrelser. Psykiske plager oppleves som belastende og påvirkes av endringer i livsvilkår og andre samfunnsendringer. De vanligst psykiske plager er lettere former av angst og depresjon, søvnløshet og indre uro.

Barne- og ungdomsklinikken (BUP) hadde 2176 barn og unge med bostedsadresse i Trondheim til behandling i 2015. Dette er barn og unge som har behov for helhetlig og koordinerte tjenester mellom skole, Barne- og familietjenesten (BFT), og fra andre deler av hjelpeapparatet.

[UngData \(2013\)](#) viste at ungdomsskoleelever i Trondheim var fornøyde med helsen sin (76 %) . Samtidig svarer 18 % at de føler seg plaget av ensomhet og 11 % svarer at de har følt at "(...) alt er et slit, hatt søvnproblemer, følt seg ulykkelig, trist eller deprimeret, følt håpløshet med tanke på fremtiden, følt seg stiv eller anspent og bekymret seg for mye om ting.(...)". 7 % svarer at de blir utsatt for plaging/trusler/utfrysing av andre unge på skolen eller i fritiden.

Ser vi på tilsvarende tall for videregående skole svarer 67 % av Trondheims elevene at de er fornøyd med helsa. 22 % føler seg plaget av ensomhet og 15 % plaget av depressivt stemningsleie. 4 % svarer at de blir utsatt for plaging/trusler/utfrysing av andre unge på skolen eller i fritiden.

En inkluderende skole og arbeidsliv er viktig for den psykiske helse, og sikring av god helse for den enkelte er å forebygge at ungdom faller ut av skole og arbeidsliv. Utdanning er en av de viktigste indikatorene som skiller seg ut når man studerer de sosiale helseforskjellene i Norge. Ungdom opplever i stadig større grad et press om å se perfekte ut. Dette er tema som skolehelsetjenesten tar opp i gruppetilbud, undervisning og i helseundersøkelser med barn og unge.

Ungdommer i sentrum i Trondheim er sammen på tvers av skole- og bydelstilhørighet, søken etter spenning og rus trekker ungdom sammen i sentrum. Ungdommene forteller at de ønsker å ha et sted å være, uten at det er knyttet til organisert aktivitet. Mange opplever at de er annerledes og derfor er utenfor det "gode selskap". Ungdommer som uteseksjonen

har blitt kjent med forteller om hendelser som viser grenseløshet når det kommer til å ta del i kriminell aktivitet og rusbruk, også i forhold til andre type rusmidler enn alkohol og cannabis.

I Stortingsmelding 26 (2014 – 2015) [Fremtidens primærhelsetjeneste](#) – nærhet og helhet, beskriver Regjeringen utfordringer knyttet til barn som vokser opp i hjem med psykisk syke omsorgspersoner og barn som vokser opp i hjem med rusproblematikk.

I meldingen gis en statusbeskrivelse for norske barn. Her vises det til at nærmere 260 000 barn og unge (23.1 %)³ har en eller to foreldre med psykiske plager som kan gå ut over daglig fungering for foreldrene, og at om lag 70 000 barn (6,5 %) har foreldre med et så vidt alvorlig alkoholkonsum at det sannsynlig går ut over daglig fungering. Hvis vi ser bare på klart alvorlige lidelser rammes 10,4 % av norske barn av foreldrenes psykiske lidelser og 2,7 % av foreldres alkoholmisbruk.

Andelen av befolkningen som får en eller annen psykisk lidelse i løpet av livet, varierer fra 25 prosent til 52 %. Tallene for hvor stor andel av befolkningen som har hatt en lidelse i løpet av de 12 siste månedene, varierer fra cirka 10 til cirka 33 %.

I [Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse i 2008](#) oppga 9 % av den voksne befolkningen at de hadde søkt profesjonell hjelp for psykiske plager.

Angstlidelser er en samlebetegnelse for tilstander hvor hovedsymptomet er angst. Utbredelsen av angst tyder på at hver fjerde til femte person i befolkningen opplever en angstlidelse i løpet av livet, mens mer enn hver tiende person til enhver tid har en angstlidelse.

I løpet av livet har rundt 5 % en posttraumatisk stresslidelse, og forekomsten er betydelig høyere blant flyktninger enn i resten av befolkningen.

Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene. Verdens helseorganisasjon har slått fast at depresjon er en av de ledende årsaker til sykdom i verden. Depresjon er en av de viktigste grunnene til arbeidsfravær, sykemelding og uførhet. Det er altså ikke bare store personlige lidelser og tap av livskvalitet som er forbundet med depresjon, men også omfattende økonomiske og samfunnsmessige omkostninger. Depresjoner er meget hyppige i befolkningen, mellom 6 og 12 % har depresjon til enhver tid. Betydelig flere rammes en eller annen gang i løpet av livet. Depresjon gir både kroppslige og psykiske symptomer.

Med økende alder opplever mange en aldersdiskriminering som kan gi en opplevelse av å ikke ha samme verdi som før, en følelse av å ha «gått ut på dato». Depresjon hos eldre blir ikke så lett fanget opp, fordi depresjon ofte maskeres av den eldre selv som fysiske plager og dels fordi depresjon kan forveksles med en demenstilstand. For mange eldre er det å snakke om psykiske plager forbundet med skam, det oppleves som tabubelagt og blir derfor vanskelig å snakke om. Det er et stort behov for kunnskap om depresjon og angst hos eldre.

³ I Trondheim utgjør dette ca 7 500 barn (ca 3 % av nasjonale tall)

Medikamentell behandling med antidepressiver skal, i følge retningslinjen, ikke være førstevalget ved behandling av mild til moderat depresjon, som utgjør det store flertallet av deprimerede pasienter i primærhelsetjenesten. Behandleren, for eksempel fastlege, skal først tilby rådgivning og psykologiske tiltak, som hjelp til problemløsning og stresshåndtering. Det er viktig med råd om håndtering av angst og søvnproblemer, hvordan begrense depressiv grubling og selvkritikk, og ved behov oppfordring til redusert inntak av rusmidler. Fysisk aktivitet kan også ha gunstig virkning i forhold til depresjon.

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 % svarte at arbeid er viktig for deres psykiske helse i en undersøkelse TNS Gallup har utført for Helsedirektoratet. Bare hjem og nær familie ble ansett som viktigere.

Rundt 15 % av det legemeldte sykefraværet i Norge skyldes psykiske lidelser. Andelen uføretrygdede med en psykisk lidelse er på noe over 30 %. Blant personer som faller ut av arbeidslivet, utgjør personer med psykiske lidelser en stor og økende gruppe.

5.3 Alkohol

Et rusmiddel er et kjemisk stoff som påvirker sentralnervesystemet, og som gir både fysiske og psykiske reaksjoner for eksempel økt puls og følelse av velvære. Rusmidler kan være både illegale slik som narkotika og legale som alkohol. De fleste rusmidler har fysiske egenskaper som kan føre til fysisk avhengighet.

Den vanligste måten å definere rusmiddelmisbruk på er at bruken av rusmiddelet går utover fysisk og / eller psykisk helse, familie og relasjoner med mer. Med en slik definisjon får en med et bredt spekter av skadevirkninger. I diagnosesystemet ICD-10, som anvendes i Norge, skilles det mellom skadelig bruk og avhengighet. Skadelig bruk er bruk av et psykoaktivt stoff i et mønster og omfang som gir helseskade. Rusavhengighet kan beskrives som en rekke atferdsmessige, psykologiske og fysiologiske fenomener som utvikler seg ved gjentatt bruk av et psykoaktivt stoff. En person defineres som avhengig når han eller hun har et sterkt behov for å innta stoffet, har svekket evne til å kontrollere bruken, må øke dosene for å få den ønskede virkning og opplever alvorlige fysiske/psykiske plager når rusvirkningen opphører (abstinens), og av disse grunnene har en tendens til å fortsette å bruke stoffene for å oppnå ruseffekt / unngå abstinens.

Definisjonen av rusmiddelmisbruk fokuserer på skadevirkningene av rusmiddelbruken, og i disse kunne bestå av flere typer skadevirkninger og oppfattes på svært ulike måter i ulike sosiale og kulturelle sammenhenger. Folk i ulike miljø og kulturer har svært ulike

forventninger til rusmidlenes opplevde virkninger og ulike oppfatninger av hva som er passende og upassende måter å opptre på ved bruk av rusmidler.

Alkohol er det vanligste rusmiddel. Samlet sett kan man si at tobakk står for den største andel av helseskadene og at alkoholen står for en større andel av helseskadene enn narkotika gjør. I 2014 var det ca. 6400 innleggelses i sykehus som var alkoholrelatert. Når det gjelder sosiale problemer, er grunnlaget for å sammenholde betydningen av de ulike substansene (først og fremst alkohol og narkotika) i hovedsak vesentlig svakere. På to områder synes alkoholbruk å være av større betydning enn narkotikabruk. Det gjelder voldskriminalitet som langt ofte er knyttet til alkohol enn til narkotikabruk, og alkoholens belastning for barn, partnere og andre nære pårørende siden det er det rusmiddelet som har klart størst utbredelse av bruk og misbruk. Alkohol kan skade fosteret i alle faser av svangerskapet, skadevirkningene er livsvarige, gir et bredt spektrum av effekter og kan forhindres fullstendig.

Når man måler totalomsetningen av årlig omsetning av alkohol per innbygger 15 år+ er den relativt stabil fram til midten av 1990-tallet, mens det var en kraftig økning fram til 2008, og deretter en nedgang. En av årsakene kan være at forbruk av vin har økt på bekostning av sprit. Det er menn som fremdeles drikker mest, er økningen av antallet kvinner som drikker større enn økningen av antall menn som drikker. En studie fra NOVA om [Livsløp, aldring og generasjon](#) viser at det er fire ganger så mange kvinner mellom 50 og 70 år som drikker mye, sammenliknet med dem som er mellom 30 og 39 år.

En liten del av befolkningen har et høyt forbruk av rusmidler, primært alkohol. "I følge WHO er en kvinne storforbruker hvis hun drikker 14 eller flere alkoholenheter pr uke, noe som motsvarer et middels stort glass vin pr dag (1,7 dl, 12% alkohol). For menn er definisjonen storforbrukere de menn som drikker 21 alkoholenheter eller flere pr uke. Det motsvarer 1 stort glass vin pr dag (2,5 dl, 12% alkohol) "

Ifølge spørreundersøkelser og forskning er det mellom 80 000 og 120 000 stordrikkere i Norge. Andre metoder gir andre og til dels mye høyere anslag.

Alkoholbruken blant unge har derimot gått ned. Det viser tall fra undersøkelsen [Ung i Oslo 2012](#) sammenliknet med tilsvarende undersøkelser i 1999 og 2006. Ungdomsundersøkelsen i Trondheim fra 2013 viser samme utvikling.

På landsbasis viser UngData undersøkelsene at det er et mindretall som begynner å drikke alkohol tidlig i tenårene. For landet viser UngData at 85 % av ungdomsskoleelever ikke har drukket seg beruset siste år (2013). For Trondheim er det 90 % av ungdomsskoleelevene som ikke har vært beruset siste år (2013). Inkluderer vi videregående skole endrer tallene seg. Å være beruset har således en tydelig aldersprofil og i Trondheim oppgir 53 % av elevene på videregående skole at de har drukket seg beruset.

5.3.1 Alkoholomsetningen i Trondheim

Innehavere av salgs- og skjenkebevillinger plikter å rapportere årlig til kommunen om mengde omsatt alkoholholdig drikk. For Trondheim kommune viser denne informasjonen at fra 2005 -2014 har det vært en liten økning i antall salgs- og skjenkesteder. Den totale mengde omsatt alkoholholdig drikk, har forholdt seg relativt stabil hele perioden.

De viktigste virkemidlene for å redusere eller holde alkoholbruken på et lavt nivå er alkoholavgifter, aldersgrenser, vinmonopol, skjenkebestemmelser og promillegrenser.

5.4 Narkotika

Synet på narkotikabruk har de siste årene endret fokus fra å være symptomer på et problem hos den enkelte eller et samfunnsmessige problemer, mot en dreining til å se misbruket i et sykdomsperspektiv. Det kan man blant annet se på endring av begrepsbruk fra rusmisbrukere til rusmiddelavhengige. Pasientrettighetene for rusmiddelavhengige har blitt forsterket med kortere ventetid for ungdom og fritt valg av behandlingssted.

Cannabis er det mest brukte stoffet i Norge og resten av vestlige verden. Den europeiske skoleundersøkelsen [ESPAD](#), har spurt norsk ungdom om de noen gang har brukt cannabis. Det var en synkende andel ungdommer som oppga at de hadde brukt cannabis i perioden 2003-2011 (5 % i 2011) men i 2013 var det noen flere (7 %).

Det er få ungdommer i alderen 15-16 år som oppgir at de har brukt andre narkotiske stoffer. I 2011 var det ca 2 % av ungdommene som svarte ja på dette spørsmålet. I Befolkningsundersøkelsen fra 2014, der man har spurt personer i alderen 16-64 år om bruk av rus, sa 4,2 % at de hadde brukt cannabis i løpet av de siste 12 månedene og 1,6 % at de hadde brukt det i løpet av de siste 4 ukene.

5.4.1 Narkotikabruk i Trondheim

Det finnes ikke noen konkret kartlegging over bruken av narkotika i Trondheim, og det brukes derfor opplysninger fra politiet og det kommunale hjelpeapparatet.

Helseteamet i Trondheim kommune arbeider for å redusere overdoser og overdosedødsfall. De har årlig kontakt med mellom 500 og 600 rusmiddelavhengige som injiserer, men de regner at det er ca 1500 injiserende brukere i Trondheim kommune.

Rapporten fra 2015 viser en økning i antall overdoser og overdosedødsfall i kommunen. I 2015 har vi registrert 88 overdoser, hvorav 9 overdoser med dødelig utgang. Antallet overdoser er økt med 42 fra 2014 til 2015, og antallet overdosedødsfall er økt med 3 i samme tidsrom.

Utviklingen av antall overdoser og overdosedødsfall i perioden 2001-2015;

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
OD	78	36	22	21	21	40	68	51	31	48	53	40	48	46	88
OD M	10	2	2	2	0	4	8	6	3	4	8	7	7	6	9

OD = overdose

OD M = overdosedødsfall

Helseteamet mener at årsakene til svingningene i antall overdoser og overdosedødsfall kan være hvilket illegalt rusmiddel som er på gaten og hvor mye det er av det der.

UngData-undersøkelsen fra 2013 viser at 3 % av ungdomsskoleelevene den samme gruppen svarer at de minst en gang siste 12 måneder har brukt hasj eller marihuana eller andre narkotiske stoffer. Ser vi på tallene for elever i videregående skole svarer 11 % av dem at de minst en gang siste 12 måneder har brukt hasj eller marihuana eller andre narkotiske stoffer.

5.5 Brukerplanundersøkelsen 2015

Trondheim kommune har deltatt i Brukerplanundersøkelsen i 2013, 2014 og 2015.

Brukerplan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfanget og karakteren av rusmiddelmisbruket. Kartleggingen fra 2015 inkluderer ungdom fra 16 år og voksne. I 2015 registrerte vi to grupper, - brukere med rus og/eller psykiske problem og brukere med bare psykiske vansker.

I 2015 deltok Enhet for botiltak psykisk helse og treffsteder, Enhet for rustjenester, Enhet for psykisk helse og rus, Uteseksjon fra barne- og familietjenesten Midtbyen, Helse- og velferdskontorene, NAV og Stavne arbeid og kompetanse KF.

Enhetene registrerte i mai 2015 sine brukere og saksbehandler / oppfølger vurderte deres rusmiddelavhengighet og psykiske vansker. Det var altså ikke en vurdering der brukerne selv har deltatt. Det ble registrert 1757 personer i målgruppen, hvorav 893 var rusmiddelavhengige (13%) eller hadde en psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet (87%). De resterende 862 personer ble kartlagt til å bare ha en psykisk lidelse.

I gruppen med rusmiddelavhengighet og evt. psykisk lidelse var 70 % menn, mens i gruppen med bare psykisk lidelse var det 60% kvinner.

Til Sammen i begge gruppene var det 398 foreldre i kartleggingen som hadde til sammen 635 barn. Av registrerte personer i gruppen som har rus eller rus og psykiske vansker var det 4,8 % som hadde omsorg for sine barn, 12,2 % som hadde samvær og 6,5 % som ikke hadde noen kontakt med sine barn. Av de som mottok tjenester fra kommunen pga av sin

psykiske lidelse hadde 14,6 % daglig omsorg for sine barn, 5,9 % samvær med sine barn og 1,3 % ikke noen kontakt med sine barn.

Det var 27,9 % av registrerte brukerne som injiserte. Det var 4,4 % som har tatt overdose, og 19,5 % der saksbehandler vurderte at det var fare for overdose.

Antallet personer i Legemiddelassistert behandling (LAR) var 186. Av det totale utvalget på 1757 personer var det 76 personer som hadde bodd i midlertidig bolig i mer enn 3 måneder.

Når det gjelder arbeid og aktivitet var det en stor gruppe i undersøkelsen som ble registrert med manglende tiltak.

5.6 Anabole Androgene Steroider (AAS)

Lokale og nasjonale undersøkelser viser sprikende tall på unge som bruker anabole androgene steroider. Antallet varierer fra under 1 % til opp til 3 %.

Ved Ungdomsundersøkelsen i Trondheim i 2009 svarte 1,5 % at de "noen gang hadde brukt anabole steroider eller andre dopingmidler" på videregående skole. Tilsvarende tall for ungdomsskolen var 1,2 %. Ungdata undersøkelsen i 2014 hadde ikke dette spørsmålet. Ifølge forsker Bjørn Barland, er det grunnlag for å hevde at i underkant av 3 % av befolkningen (alle aldre) bruker veksthormoner for å endre kroppens utseende, bli mer "fit". De fleste er menn.

Bruk av AAS kan gi alvorlige bivirkninger. Det er både psykiske bivirkninger som angst, irritabilitet og økt bruk av vold og fysiske bivirkninger som bl.a hjerte og karsykdommer og sterilitet. Trondheim kommune har siden 2009 deltatt i et antidopingarbeid i samarbeid med [Antidoping Norges Kunnskapssenter](#). Sør-Trøndelag fylkeskommune har en samarbeidsavtale med Antidoping Norge som går til 2018.

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å behandle brukere av anabole steroider. Enhet for psykisk helse og rus bidrar til oppfølging av personer som har misbrukt anabole steroider.

5.7 Mobbing

Andelene elever som meddeler at de utsettes for mobbing er stabil, men det er for mange som opplever skolehverdagen som utrygg. En spesiell utfordring er at barn og unge utsettes for mobbing via digitale medier. Det å bli mobbet er blant de viktigste årsakene til utvikling av psykiske vansker blant barn og unge. Barn og unges mediebruk har endret seg svært mye de senere årene. Barna bruker nye og andre medier, de sosiale rammene rundt bruken er endret, og tidsbruken har økt kraftig. De nye medievanene gir nye muligheter for utvikling og læring, men også nye utfordringer. Barn og



unge er eksempelvis i økende grad utsatt for mobbing og diskriminering på nett. Gjennom ungdomsundersøkelsen gir stadig flere ungdommer uttrykk for at de opplever nettmobbing. Dette har resultert til at Trondheim kommune har forebygging av nettmobbing og nettvett som et prioritert satsningsområde.

Høsten 2015 ble det arrangert hele 58 nettvettforedrag til elever og foresatte i Trondheims skolen, i regi av "[Bruk hue](#)". Rapporten viser at over 70 % av barn og unge endret sine nettvann som følge av foredraget, og over 90 % av de voksne gir uttrykk for økt kunnskap. Forebygging av nettmobbing skjer altså ved å engasjere og bevisstgjøre unge og voksne om nettvett.

Trondheim kommune har utarbeidet en nettside som omhandler nettvett. Her finner man tips og råd for gode nettvann, og veiledning til å håndtere digital mobbing og trakassering på nett. Målgruppen er elever, foreldre og ansatte i skolen.

5.8 Selvmord

Tabell selvmord - Trondheim kommune 2005 -2015

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
16	10	8	8	6	7	17	9	8	10	17

Statistikk fra Sør - Trøndelag politidistrikt. Det er ikke mulig å si noe om årsakene til selvmordene.

Selvmordsraten i Norge er i dag på omtrent samme nivå som i Island, Sverige og Danmark med 12-14 selvmord per 100 000 innbyggere. I Finland er antall selvmord per 100 000 innbyggere om lag dobbelt så høyt som i de øvrige nordiske landene.

6 Status tjenester

Alle tjenester i Trondheim kommune har et ansvar for å bidra til at innbyggere har god psykisk helse gjennom by- og miljøplanlegging, et forsvarlig arbeidsmiljø på kommunens arbeidsplasser, gode barnehager og skole, faglig forsvarlige tjenester og gode kultur- og fritidstilbud. I dette kapitlet nevnes ikke alle bidrag fra enhetene, men det trekkes fram tjenester som har et særlig ansvar for befolkningens psykiske helse.

6.1 Fastlege

Trondheim kommune har 163 fastleger. Fastlegen er oftest den første kontakt for voksne og unge med psykiske plager eller for foreldre som er bekymret for barns utvikling og helse. Fastlegen har øyeblikkelig-hjelp timer som er tilgjengelig dersom det haster. Fastlegene har et ansvar for å møte bekymringer hos alle sine listepasienter eller fra pårørende og sørge for nødvendig utredning. Fastlegene er medisinsk-faglig ansvarlig og har en sentral rolle

som «døråpner» overfor andre tjenester og ytelser som blant annet henvisningsinstans til spesialisthelsetjenesten og i forbindelse med økonomiske ytelser som sykemelding.

Fastlegen er en del av det samlede psykiske helsearbeidet i kommunen. Det store flertallet (90%) av pasienter med psykiske plager og lidelser som tar kontakt med fastlegen blir utredet, diagnostisert og behandlet på fastlegekontoret. Noen pasienter blir etter vurdering henvist til videre oppfølging i primærhelsetjenesten eller til videre utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten.

I en gjennomsnittlig fastlegepraksis vil det på et gitt tidspunkt være om lag 60 pasienter med alvorlig depresjon, 30 med generalisert angst, 30 med fobi og 12 med panikkangst. 6-7 med schizofreni og noen flere med manisk depressiv lidelse, 0-3 i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og et antall med helseskadelig alkoholkonsum, ofte som kompliserende eller utløsende faktor ved psykisk sykdom. Ungdom i alderen 16–24 år har i gjennomsnitt kontakt med allmennlege 3,3 ganger i løpet av ett år. 10–20 % av konsultasjonene skyldes angst eller depresjon.

En betingelse for at fastlegen skal kunne gi forsvarlig hjelp til sine listepasienter er at det tverrfaglige samarbeidet med andre utøvere i kommunen og spesialisthelsetjenesten fungerer godt. Dette forutsetter god kommunikasjon mellom aktørene og deltakelse i ansvarsgrupper, samarbeidsmøter og samarbeid om individuell plan der det er behov for dette. Legens rolle i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en viktig forutsetning for at barn og unge skal få et helhetlig og samordnet tilbud.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten innebærer at poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP), psykisk helsevern for voksne og poliklinikk for rus tilbyr og er tilgjengelig for veiledning til fastlegene om enkeltpasienter.

6.2 Psykologer

Trondheim kommune har ansatt psykologer i Barne- og familietjenesten (BFT) gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse (1998 - 2008). Det er tilsatt psykologer i Omsorgsenheten som følger opp barn som er plassert i fosterhjem og institusjon, og i Enhet for psykisk helse og rus (EPHOR). Det er en statlig satsing på å rekruttere flere psykologer innen primærhelsetjenesten, og kommunen har fulgt opp denne satsingen gjennom nyrekruttering ved en statlig delfinansiering av stillingene.

Psykologer skal bidra med å styrke kunnskapsutvikling innen psykisk helse ved blant annet å formidle psykologisk kunnskap til beslutningstakere, tjenestene og brukere. De skal bidra i det forebyggende arbeidet via tidlig identifikasjon av skjevutvikling og psykiske vansker, utredning og iverksetting av tiltak. Videre arbeider psykologer med behandling av psykiske vansker og lidelser og med iverksetting av miljø- og individrettede tiltak.

Formålet med psykologkompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er å bidra til å styrke det samlede og tverrfaglige kommunale tilbudet innenfor psykisk helse- og rusfeltet. Det omfatter helsefremmende og forebyggende arbeid, tidlig intervensjon og behandling av psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer for mennesker i alle aldersgrupper. Med en kombinasjon av kompetanse innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid, kartlegging og utredning, diagnostikk og behandling, samt forskning utgjør psykologer en viktig ressurs som er nyttig i kommunenes planlegging og tjenesteutøvelse. Psykologer har en særskilt breddekompetanse på hele spekteret av psykisk helse, fra psykisk velvære til psykiske lidelser.

Sentralt i psykologisk arbeid står kunnskap om normal og avvikende fungering, menneskelige samspill og relasjoner, og om sårbarhet og problemer knyttet til det. Kunnskap om psykologiske, sosiale og kognitive prosesser gir et godt grunnlag for utvikling og opprettholdelse av god psykisk helse gjennom et livsløp. Psykologer kan tilby tjenester for enkeltindivider, familier, grupper, lokalmiljø og befolkningen generelt. Det er særlig viktig å fokusere på veiledning til og samarbeid med andre faggrupper i kommunen.

6.3 Barne- og familietjenesten

Barne- og familietjenesten er organisert tverrfaglig under en leder på bydel for å bidra til at tjenestene til barn og unge blir koordinert og samordnet. BFT består av barneverntjenesten, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), helsestasjon- og skolehelsetjenesten, habilitering- og avlastningstjenester, familietiltak og omsorgstjenesten for plasserte barn. Det er et felles mottak på bydel, som tar mottar henvendelser fra foreldre, barn og unge og fra det kommunale og statlige tjenesteapparatet. Helse- og omsorgstjenester til barn og unge er organisert i BFT, med unntak av ergoterapi-, fysioterapi- og legetjenester som er organisert i helse og velferd.

Barneverntjenesten skal bidra til å gi barn og unge en trygg oppvekst, bidra til positive endringer og gjennom å styrke omsorgssituasjonen og bedre samspillet mellom barn, unge og foreldre.

Pedagogisk psykologisk tjenester skal ha kompetanse og kapasitet til å utføre sakkyndighetsarbeid for barn og unge innen fristen på tre måneder og bistå barnehager og skoler med organisasjons- og kompetanseutvikling for å legge opplæringen til rette for elever med særskilte behov.

6.3.1 Helsestasjon- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud for barn, unge og gravide i kommunene. Ofte er det helsestasjons- og skolehelsetjenesten som først blir kontaktet ved bekymring for barn og ungdoms utvikling og psykiske helse. Man kan komme både med

og uten avtale. Staten har hatt en satsing på helsestasjon- og skolehelsetjenesten gjennom frie midler til kommunene. Trondheim kommune har styrket tjenesten med flere helsesøstre, ergoterapeuter, og fysioterapeuter og leger, og det er lagt opp til en fortsatt styrking i de kommende årene.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal bidra til å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode miljømessige forhold, herunder et godt psykososialt læringsmiljø i barnehage og skolen. Tjenesten skal i tillegg forebygge fysisk og psykisk sykdom og skade. Tilbudet benyttes av nær 100 % av barne- og ungdomsbefolkningen og av alle grupper, uavhengig av sosial status og geografisk tilhørighet. Dette gir tjenesten en unik mulighet til å forebygge og avdekke psykiske vansker og rusrelaterte problemer og bidra til å sette i verk tiltak tidlig.

Tjenesten omfatter:

- Svangerskapsomsorg
- Helsestasjon for barn 0–5 år
- Skolehelsetjeneste (grunn- og videregående skoler som omfattes av opplæringsloven eller privatskoleloven).
- Helsestasjon for ungdom (HFU)

Helsestasjon for ungdom er et tillegg til og ikke en erstatning for skolehelsetjenesten.

Helsestasjons- og skolehelsetjenestens oppgaver i forebyggende psykisk helsearbeid for barn og unge er blant annet å:

- Være et sted der barn, unge og foreldre kan komme med sin bekymring eller sine problemer
- Styrke og støtte gravide og sped- og småbarnsforeldre i foreldrerollen
- Drive nettverksskapende og annet psykososialt miljørettet arbeid
- Observere og styrke samspill og tilknytning mellom foreldre og barn
- Oppdage psykiske vansker og risikofaktorer på et tidlig stadium
- Bidra til tidlig intervensjon når vansker avdekkes
- Bidra til å fremme skoleelevers læringsmiljø
- Delta i og koordinere samarbeid med andre instanser i og utenfor kommunen

Helsestasjons- og skolehelsetjenester gir tjenester til innbyggere fra 0-20 år.

Grunnbemanningen er helsesøstre, leger, jordmødre og fysioterapeuter. Ved behov knytter helsestasjonen til seg psykologer og ansatte med sosialfaglig bakgrunn. (forsterket helsestasjon)

6.3.2 Fagteam i barnehager og skoler

Fagteam er et fast samarbeidsforum mellom barnehage/skolen og BFT. Fagteamet møtes med jevnlig mellomrom, og er et forum for å drøfte barn og barnegrupper hvor skole/hjem/barn selv opplever at det er områder som kan være særlig utfordrende eller bekymringsfulle, dette gjelder både på individ og systemnivå, og for barn/grupper som

tidligere ikke er kjent for BFT. Gjennom fagteam kan BFT fungere som en støtte for barnehager og skoler og i det forebyggende arbeidet, samtidig som det gir rom og mulighet for tidlig innsats for barn og grupper av barn som har spesielle utfordringer og krever spesiell tilrettelegging.

Fagteam består av ansatte i barnehagen/skolen ved f.eks barnehagen/skolens ledelse, spesial/sosialpedagogisk rådgiver, kontaktlærer og andre ansatte etter kjennskap til barnet/familien/elevgruppen, eller etter behov. Sammen med skolen deltar faste representanter fra de ulike tjenesteområdene i BFT, som helsestasjon/skolehelsetjeneste, Pedagogisk Psykologiske tjeneste og barnevernstjenester/familietiltak. Foreldre kan også delta i fagteam.

Fagteam er i utgangspunktet et drøfting- og rådgivningsforum hvor man sammen forsøker å finne hva som eventuelt kan være primære/sekundære utfordringer individuelt hos barnet, i familien, i elevgruppen, organisering av opplæringstilbudet, og drøfting av tiltak som barnehagen/skolen kan prøve ut i perioden mot neste fagteam.

Enkelte ganger er den informasjonen som kommer frem i fagteam av en slik art at man vil vurdere direkte henvisning inn til en av tjenestene i BFT, eventuelt kontakt med fastlege eller andre kommunale, statlige aktører.

6.3.3 Psykososialt team

Hver bydel har et psykososialt team. Dette er et team som har spisskompetanse på barn og ungdoms psykiske helse. Teamet består av fagpersoner som psykolog, skolelege, fysioterapeut, ergoterapeut, sosialfaglig og helsesøster.

Bakgrunnen for at psykososialt team ble dannet er blant annet resultater fra ungdomsundersøkelsen 2013, hvor vi ser at ungdom strever med psykososiale utfordringer. Det er et ønske om å forebygge tidlig og lavterskel på å gi hjelp.

Psykososialt team skal derfor bistå grunnskolen med støtte og hjelp til barn/ungdom med lette til moderate psykiske vansker, både på individ og systemnivå. Hver bydel har en koordinator for teamet.

6.3.4 Ressursteamet for gravide rusmiddelavhengige og deres barn

Målgruppen for Ressursteamet er gravide med rusmiddelavhengighet og familier med barn i alderen 0 - 6 år, der foreldrene har eller har hatt rusproblemer. Mange av barna er eksponert for rusmidler i fosterlivet og har et sammensatt bilde av risiko i sitt om omsorgsmiljø. Barna har høy risiko for utvikling av helserelaterte vansker, reguleringsvansker og tilknytningsforstyrrelser. Tjenesten skal sikre at disse barna får tidlig hjelp gjennom et tilbud som er mer tilpasset i innhold og kompetanse enn det bydelen tilbyr. Målgruppen har kompleks problematikk som fordrer tverrfaglig samarbeid og et spekter av tiltak. Helheltlig

tenkning rundt familiens problematikk er sentralt. Tjenesten samarbeider tett med bl.a. barneverntjenesten, Avdeling for gravide og småbarnsfamilier v/Lade Behandlingscenter, St Olavs Hospital og Viktoria familiesenter (Bufetat) om oppfølging av familier som har behov for mer omfattende heldøgntilbud. Tjenesten er sentral i brukerforløp som ble utviklet for denne målgruppen i modellkommuneforsøket. Det er viktig å opprettholde fokus på disse barna, videreutvikle kompetanse og metodikk samt sikre at brukerforløpene fungerer i perioden som kommer.

6.4 Fagenhet for oppvekst og utdanning

Det er opprettet en fagenhet innen oppvekst og utdanning. Med utgangspunkt i målene for Oppvekst og utdanning skal enheten legge til rette for systematisk utviklingsarbeid i skoler, barnehager og BFT. Fagenheten skal styrke oppvekstområdets strategiske arbeid og gjennomføringskraft og målrette arbeidet i sektoren på en bedre måte enn i dag. Det har vært stor oppslutning om felles kompetansehevede tiltak innen psykisk helse i den gjeldende planperioden.

Fagenheten skal videreutvikle samarbeidet og initiere utviklingsarbeid i nært samarbeid med andre kommuner og UH- sektoren i regionen og synliggjøre Trondheim som FOU-aktør.

6.5 Helse og velferdskontor

Helse- og velferdskontoret (HVK) er kommunens koordinerende enhet. HVK skal sørge for at brukere har riktig tjeneste og bolig til riktig tid. HVK kartlegger behov, vurderer og fatter vedtak om kommunal bolig og tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. HVK gir råd og veiledning til brukere, pårørende og samarbeidende instanser internt og eksternt. HVK har ansvar for å initiere og igangsette individuell plan til brukere med sammensatte og langvarige behov. HVK har ansvar for å vurdere og fremme saker til Fylkesnemnda som gjelder bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige etter HOL §§ 10-2 og 10-3.

6.6 Enhet for psykisk helse og rus

[Enheten](#) gir oppfølging til personer som har rusavhengighet og eller psykiske utfordringer. For mer informasjon om enhetens arbeid se nettsiden.

6.6.1 Housing first

Enheten startet opp i 2012 med prosjektet "Housing First" med 2 årsverk, finansiert av prosjektmidler fra Helsedirektoratet. Bakgrunnen for prosjektet var å utvikle nye virksomme metoder for å bosette langvarig bostedsløse med rus og psykisk helseproblematikk. Metodikken ble utviklet på 90-tallet av organisasjonen "Pathways to Housing" som jobber med bostedsløse i New York, og er svært effektiv og godt dokumentert for å forebygge eller avslutte langvarig bostedsløshet for de med ruslidelser og samtidige psykiske lidelser.

Metoden kan kort beskrives som økt valgfrihet ved boligtildeling og ordinære leiekontrakter på 5 år uten særskilte avtaler.

De aller fleste har fått velge mellom 2-3 forskjellige leiligheter i ulike bydeler, og deltakerne får velge bort områder de ikke ønsker å bo i. Deltakerne virker fornøyd med valget av bolig. Personene må forplikte seg til å ta imot hjelp fra ansatte i prosjektet. Helse og velferd reserverer kommunale leiligheter i ordinære borettslag og sameier og det skal tildeles leilighet til personen innen 3 måneder etter at vedkommende får tilbud om bolig. Siktemålet med prosjektet er:

- Bostabilitet
- Bedring av livskvalitet
- Individuelle mål i forhold til utdanning, arbeid eller andre aktiviteter som fører til sosial kontakt og en mer meningsfull hverdag
- Økt funksjonsevne
- Reduksjon /opphør av rusmiddelbruk

34 personer er bosatte per mars 2016. De aller fleste har omfattende bistandsbehov og er rusavhengige. Det er få personer som har en alvorlig psykisk lidelse, mens de fleste har lette til moderate psykiske lidelser. 60 % av personene har uførepensjon, to personer er tilknyttet ordinært arbeid, noen få i arbeidsmarkedstiltak. Alle deltakere har mottatt etableringstilskudd fra NAV, og de aller fleste har frivillig automatisk husleietrekk. Ansatte i prosjektet bistår personene med innflytting og innkjøp av inventar og utstyr til leilighetene.

Erfaringer viser at to personer har blitt oppsagt fra sine leiekontrakter. Valgfrihet i forhold til bolig blir ansett som den største suksessfaktoren for bostabilitet, samt å vise stor grad av troskap til den opprinnelige modellen til "Housing First" og prinsippene som øker muligheten for bostabilitet

6.6.2 Gjengangertilbudet

Prosjektet ble startet høsten 2006 med ansatte fra kommune og politiet, og fra 2010 ble Trondheim fengsel med i samarbeidet. Gjennom forskning og statistikker var det kjent at kun en liten gruppe vinningskriminelle stod bak storparten av vinningskriminaliteten i distriktet, og kjennetegnet for disse var bl.a. rusavhengighet, aktiv vinningskriminalitet og gjentatte opphold i politiarrest og fengsel. Gjennom dette samarbeidet gis gjengangerne gis en mulighet til å komme seg bort fra et liv i rus og kriminalitet, og muligheter til å leve et liv med rusfrihet, bolig, arbeid og evt. utdanning.

Fra begynnelsen i 2006 fulgte teamet opp mellom 3-5 deltakere men har de siste årene blitt flere ansatte og har oppfølging av ca 15-25 personer i året. Det er en krevende gruppe hvor enkelte har over 20 dommer og har levd lenge med rus og kriminalitet. Tilbudet kan vise til gode resultater gjennom flere år. Det er mange som er i fast arbeid og har klart seg i flere år uten ny kriminalitet og mange har også holdt seg rusfri.

I 2014 flyttet tiltaket til Osloveien 155 med 7 leiligheter og en base. Da ble det også startet med bo- og tjenesteavtaler. Her bor personer som følges opp av gjengangerteamet. Det er et rusfritt tilbud, og beboerne har inngått en avtale om testing av urinprøver.

6.7 Botiltak for psykisk helse og treffsteder

[Botiltaket](#) gir tjenester innenfor psykiske lidelser og rus/psykiatri. Enheten gir primært tilbud til personer som bor i boliger med personal men har også som et ambulant team. Enheten har også ansvar for tre treffsteder.

Botiltak for psykisk helse og treffsted har et samarbeidsprosjekt om forskning med St. Olavs Hospital, NTNU for å finne ut hva fysisk trening kan gjøre med den svært dårlige helsen blant personer med schizofreni. Deltakere i prosjektet har bolig i botiltak og følges opp av kommunalt ansatte, slik at de kan utføre trening og tester ved [Treningsklinikken](#) på Østmarka. Studien startet opp i januar 2016 og skal fortsette ut 2016. Forskningsansvarlige ser allerede positive resultater, også for den mentale helsen. Både oksygenopptaket og styrken er bedret. Pasientene blir ikke friske, men trening gjør det lettere å leve med lidelsen. Deltakerne kan få et høyere funksjonsnivå med mindre stress, depresjon og angst.

6.8 Enhet for rustjenester

[Enheten](#) har tilrettelagte boliger med oppfølging, et helseteam for rusmiddelavhengige og et treffsted.

6.8.1 Helseteam

Helseteamet er en del av Enhet for rustjenester. Trondheim kommune har mange års erfaring med eget ambulant helseteam for å redusere overdosedødsfall. Helseteamet yter akutt livreddende helsehjelp og setter også inn tiltak som hindrer at problemer forverrer seg eller bidrar til å redde liv. Det umiddelbare målet er bedre helse og et mer verdig liv, her under også hindre overdoser eller spredning av smitte, som hepatitt C. Ulike lavterskeltiltak kan være et viktig bindeledd til andre hjelpetiltak, og vil for enkelte virke positivt for brukerens motivasjon til å gjøre noe med selve rusmiddelbruket/avhengigheten. Formålet med skadereduserende tiltak er at den rusavhengige må tilbys hjelp, uten at rusfrihet er en betingelse for å få hjelp.

Trondheim kommune, ved helseteamet deltar i et nasjonalt prosjekt for å forhindre overdoser og overdosedødsfall.

6.9 Stavne arbeid og kompetanse KF

[Stavne](#) hjelper jobbsøkere ut i arbeid gjennom karriereveiledning, opplæring og arbeidspraksis i samarbeid med næringslivet samt støtte- og rehabiliteringstiltak for de som trenger bistand på ulike livsområder.

6.9.1 Brygga

[Brygga](#) er et tilbud til rusmiddelavhengige som under/etter endt døgnbehandling i Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) skal etablere seg i Trondheim. Brygga skal bistå den enkelte i å mestre livet uten (rus)avhengighet i forhold til bolig, økonomi, utdanning/arbeid, familie, nettverk, fritid med mer. Alle som har fylt 18 år og bor i Trondheim og er eller har vært i døgnbehandling kan bruke Brygga. En stor andel av brukerne er personer som ønsker å bytte miljø etter et behandlingsopphold, og som velger å flytte til Trondheim.

I 2015 var det 126 deltagere ved Brygga. Av disse var det 44 nyregistrerte hvorav 14 var under 25 år. Det var 38 kvinner og 88 menn med en gjennomsnittsalder på 32 år. Brygga gir rehabiliteringsrettede gruppetilbud, hvor 33 deltakere har deltatt. Brygga har påbegynt et arbeid med etablering av en 12 trinns selvhjelpsgruppe.

6.9.2 SAMUR

[Samur](#) retter seg mot ungdom i alderen 18-23 år som er i ferd med, eller har utviklet skadelig rusbruk. I tett samhandling med Uteseksjonen og andre aktører, jobber de med å sikre overgangen fra barn til voksen. Gjennom tilgjengelighet og tidlig intervensjon søker man å fange opp ungdom som ikke greier å nyttiggjøre seg hjelp, eller som ikke er kjent av hjelpeapparatet, for å begrense ruskarriere og utvikling av kriminell aktivitet. Tiltaket tilbyr langsiktige, sømløse tiltaksløp for den enkelte ungdom hvor familien og andre støttepersoner er aktivt deltagende i prosessen.

I 2015 har SAMUR jobbet med 38 ungdommer (24 gutter og 14 jenter) gjennom året, og samarbeidet tett med pårørende til 30 ungdommer. I 2015 var snittalder på 21,8 år.

6.9.3 Dagsverket

I 2015 var det 104 personer fra målgruppen som brukte [Dagsverket](#). Av disse var 31 personer nye registrerte. Av dette utgjør kvinneandelen en tredjedel. Snittalderen ligger på 42 år. Nytt av året er at oppmøtet har vært så høyt at det har blitt gjennomført loddtrekning om plassene. Dette har skjedd 56 ganger siste året, og 278 personer har i løpet av denne perioden møtt opp til arbeid uten å få jobb. Det utbetales lønn/motivasjonspenger per dag for den enkelte.

Gjennom arbeid på Dagsverket har 7 personer kommet over i arbeidsmarkedstiltak eller i arbeid i 2015.

6.9.4 Kognitive programmer/ mestringstilbud

I 2015 var det gjennomført [kognitive program](#) for 123 personer med en gjennomsnittsalder på rundt 30 år. Det var 30% kvinner og 70 % menn. Det var 56 personer som har deltatt på mestringsprogram og 67 personer, (8 kvinner og 59 menn) på sinnemestringsprogram i samarbeid med Enhet for psykisk helse og rus (EPHOR).

6.9.5 Modulen- program i Trondheim fengsel for innsatte med rusproblemer

[Modulen](#) er en avdeling ved Trondheim Fengsel med plass til 15 innsatte. Avdelingen tilbyr program for innsatte som har rus og avhengighetsproblematikk. Programmet drives i samarbeid mellom Fengslet og Stavne. Modulen gir også tilbud til unge innsatte ved Trondheim Fengsel.

I 2015 har Modulen hatt 111 søkere og 56 personer har sonet ved avdelingen i år. Av disse var 15 personer mellom 16 og 23 år.

6.10 Tiller helse- og velferdssenter

[Senteret](#) har en egen avdeling med 5 sykehjems plasser for rusmiddelavhengige.

6.11 Østbyen helsehus, avdeling Leistad (etterbehandling)

Avdeling Leistad etterbehandling ble tatt i bruk høsten 2009 med 10 etterbehandlingsplasser for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern. Det ble i tillegg opprettet 2 trygghetsplasser for pasienter som opplevde utrygghet etter utskrivning fra Leistad. Brukerne kan selv ta kontakt med Leistad og be om trygghetsopphold inntil 3 døgn.

Bakgrunnen for å etablere etterbehandlingsplasser på Leistad var at det var alt for mange inneliggende utskrivningsklare pasienter:

- Pasientene ventet nærmere ett år på utskrivning.
- Pasientene hadde få kommunale tjenester før innleggelse.
- De aller fleste pasienter hadde bolig før innleggelse.
- Sykehusansatte "bestilte" kommunale tjenester før utskrivning.
- "Bestillingen" var ofte "ny bolig i botiltak med døgn tjeneste".

Utskrivningsklare pasienter overføres nå direkte fra Østmarka sykehus eller fra de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) Nidaros og Tiller til etterbehandling uten "bestilling" av spesifikke kommunale tjenester. Erfaringer med etterbehandling ved Leistad viser at det er få pasienter som vurderes til å ha behov for ny bolig med døgnbemanning etter at de er vurdert av kommunalt ansatte. De aller fleste pasientene utskrives tilbake til egen bolig med ambulante tjenester.

Antallet utskrivningsklare pasienter som venter på kommunale tilbud er redusert fra 30 pasienter i 2009 til fem i 2015.

Etterbehandling ved Leistad er et viktig tiltak for å møte kravet om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra 2018.

6.12 Moholt helse- og velferdssenter / Valentinlyst helse- og velferdssenter

Personer med psykiske lidelser blir også eldre og vil som den øvrige befolkningen kunne trenge økende grad av omsorg med alderen, tilpasset deres psykiske helsetilstand. [Moholt helse- og velferdssenter](#) har en egen avdeling for 12 eldre pasienter med psykisk sykdom, hvorav 6 er forbeholdt korttidsopphold. I tillegg er det ved [Valentinlyst helse- og velferdssenter](#) 2 avdelinger for demente personer med atferdsforstyrrelser, totalt 10 plasser.

6.13 NAV

NAV har et hovedfokus på arbeid og aktivitet, som er sentrale tiltak for å sikre god helse, delaktighet, stabilitet og sikker økonomi.

I Trondheim har vi organisert samarbeidet med NAV etter minimummodellen, dvs at de sosiale tjenestene økonomisk sosialhjelp, opplysninger råd og veiledning, kvalifiseringsprogrammet, økonomisk rådgivning og gjeldsrådgivning og midlertidig bolig er lagt til NAV. I tillegg har NAV ansvar for behandling av søknader for boligvirkemidlene bostøtte og startlån.

NAV har som hovedoppgave å koble arbeidssøkere med arbeidsgivere. De arbeider for at arbeidsgivere kan gi tilbud om arbeid og arbeidstrening til ulike brukergrupper, også for de som trenger tilrettelegging og tett oppfølging.

NAV har etablert to [Jobbhus](#) der arbeidsledig ungdom som mottar sosialhjelp kan møte og få hjelp til å komme i arbeid/ skole.

6.14 Frisklivssentral

[Frisklivssentralen](#) er en del av kommunens folkehelsearbeid, og er organisert under Enhet for fysioterapitjenester. Sentralen er for tiden lokalisert på Tempe helse- og velferdssenter . De kommunale frisklivssentralene gir tilbud om fysisk aktivitet og kan bidra med råd og veiledning. Treningskontaktordningen kan også være et godt tilbud for de som ønsker støtte til å komme i gang med eller videreføre fysisk aktivitet som er tilpasset deres behov.

Fysioterapeuter har også mye kunnskap om hvordan en ond sirkel av inaktivitet, dårlig fysisk og psykisk helse kan brytes. De kan bidra til bevisstgjøring av kroppen som bærer av psykisk belastning, og bistå med komme i gang med tilpasset aktivitet.

6.15 Samarbeid med lag og organisasjoner

Frivilligheten skaper store verdier i form av sosial kapital, som innebærer at det knyttes bånd mellom mennesker, som skaper gode og trygge lokalsamfunn med god livskvalitet for innbyggerne. Frivillig aktivitet og tjeneste gir mennesker muligheter til å bruke sine evner og egenskaper. Som frivillig føler en seg til nytte og dermed kan frivillighet gi mening i tilværelsen. Frivilligheten skaper identitet, aktivitet og fellesskap mellom mennesker. Trondheim kommune ønsker å legge til rette for at flest mulig av byens innbyggere har mulighet til å delta i frivillige aktiviteter og foreningsliv.

Frivillige organisasjoner er pionerer som gjennom historien har utviklet en rekke institusjoner og ordninger som senere har blitt et offentlig ansvar og implementert i den norske velferdsmodellen. Tusenvis av timer legges ned i dugnadsarbeid og store pengesummer kanaliseres til samfunnsnyttige formål gjennom gaver og kontingenter. Den ulønnede frivillige innsatsen i Trondheim er beregnet til å representere 4240 årsverk, eller 2,04 milliarder kroner (2008). Dette bidrar til å løse samfunnsoppgaver og tilfører merverdi til en rekke offentlige tjenester. Et levende samfunn trenger en vital frivillig sektor med arenaer for mennesker som vil bruke egen tid og egne ressurser til å skape et bedre liv for seg selv eller andre. Frivillige organisasjoner bygger og vedlikeholder identitetskapende fellesskap.



6.15.1 Reisverket

[Reisverket](#) ble etablert i 2008 som et dagsverktiltak for personer under 35 år med psykoselidelse. Høsten 2011 ble tiltaket endret til å være arbeidspraksis i skjermet virksomhet (APS) med innsøking fra NAV. Målgruppen er fortsatt de under 35 år som har psykiske helseutfordringer. Det er [KIM senteret](#) som drifter tiltaket.

6.15.2 Sorgenfri

Stiftelsen Sorgenfri har siden 2007 utgitt [Gatemagasinet Sorgenfri](#). Det er vanskeligstilte personer som selger bladet, og de får 50 % av salgssummen som inntekt. Totalt er det registrert 373 selgere. Hittil i 2016 har 96 vært aktive. Oppmøte fra dag til dag varierer veldig.

Bladet gis ut hver måned, og Trondheim kommune støtter magasinet med 400 000 kr pr år.

Sorgenfri er en del av et nettverk for gatemagasiner, [INSP](#). Nettverket organiserer pr i dag 115 ulike gatemagasiner fra hele verden, som alle jobber på samme måte for å tilby vanskeligstilte en mulighet til arbeid og inntekt. Nettverket fungerer som et samarbeidsforum for disse, og brukes til å utveksle redaksjonelt stoff og ideer mellom de ulike

organisasjonene, samt å hjelpe nye gatemagasinprosjekter i oppstarten. Hvert år arrangerer INSP en konferanse for alle medlemsorganisasjonene. Sorgenfri utreder for tiden muligheten for å være vertskap for dette arrangementet i Trondheim i 2020.

6.15.3 Aktiv på dagtid

«Aktiv på Dagtid» er et lavterskeltilbud om fysisk aktivitet for personer mellom 18 og 65 år som mottar en eller annen form for trygd eller sosial stønad, og tilbys flere steder i landet. Tilbudet drives av frivillige organisasjoner innenfor idrett i samarbeid med kommunen.

6.15.4 Blå kors

Blå Kors [Kompasset](#) tilbyr terapi og rådgivning til unge mellom 14 – 35 år som har foreldre med alkohol- eller andre rusproblemer. Tilbudet er gratis og uten krav til henvisning. I 2015 var det 111 ungdommer som fikk bistand av Kompasset.

[Barnas Stasjon](#) er et trygt møtested for familier med barn i alderen 0-8 år, med utfordringer i forhold til psykiske og/eller rusrelaterte vansker som arbeider med å sikre barn en god utviklingsstøtte, og med å styrke foreldrekompetansen i et langsiktig perspektiv. Familiene tilbys hjelp til samspill, samhandling og kommunikasjon, nettverksbygging, råd og veiledning. Familiene tilbys et miljø hvor profesjonelle og frivillige arbeider i dialog med familien for å skape positiv endring. Tiltakene er forebyggende. Barnas Stasjon samarbeider med Barne- og familietjenesten i Trondheim Kommune og har tett samarbeid med Ressursteamet ved Midtbyen Helsestasjon.

6.15.5 Studenthelse

Trondheim er vertskommune for 39 000 studenter ved NTNU. Trondheim er kjent for sitt gode student- og studiemiljø, og har flere ganger blitt kåret til Norges beste studieby.

Studentsamskipnaden i Trondheim ([SiT](#)) legger til rette for at studenter skal kunne gjennomføre studiene på en trygg og effektiv måte, i et godt studentmiljø. Blant annet driver de studentboliger, to idrettssentra, helsestasjon, rådgivningstjeneste, psykososial helsetjeneste, legesenter, bokhandler, butikker, kaféer, kiosker og barnehager.

Studentenes helse- og trivselsundersøkelse har avdekket at mange studenter i Trondheim har alkoholvaner som får "rødt lys" basert på Verdens Helseorganisasjons standarder.. 7 av 10 studenter mener at det er for mye drikking.

Andelen studenter med alvorlige psykiske plager er økt fra 13 % (2010) til 19 % (2014). Forekomsten er dobbelt så høy blant kvinner enn menn. Andelen er dobbelt så høy blant studenter som i befolkningen i samme aldersgruppe totalt. Dette må ses i lys av at studietilværelsen representerer spesielle krav og forventninger.

Trondheim kommune sammen med St. Olavs Hospital, psykisk helsevern har samarbeidsavtale med SiT om det psykososiale tilbudet til studentene i Trondheim.

7 utfordringer

Trondheim kommune sin strategi er at barn og unge skal vokse opp i sitt hjem og nærmiljø og at færre flyttes ut av hjemmet for å bo i fosterhjem og institusjon. Antall omsorgsovertakelser er redusert de siste årene, men fortsatt flyttes for mange barn sett i forhold til de andre storbyene. Plasseringer må brukes kun for å sikre barnets helse og utvikling.



Tidlig hjelp i hjemmet i form av foreldreveiledning og direkte hjelp og til barn og unge skal bidra til å fremme god helse og forebygge sykdom og skade. Kommunen har fortsatt utfordringer med å utvikle tiltak og tjenester til barn og unge og deres familier.

Barn som vokser opp i familier med rusavhengighet eller foreldre med psykiske lidelser har en forhøyet risiko for å utvikle tilsvarende problemer. Kommunen har over år hatt en tett oppfølging av mange av familiene, og det vil fortsette i planperioden.

Økt kompetanse skal bidra til at det gis tilstrekkelig hjelp og støtte til foreldre slik at de settes i stand til å skape trygge rammer for barnas oppvekst og utvikling i familien.

De viktigste arenaene for barn og unge er barnehagen og skolen. Barnehage og skole skal fremme et godt psykososialt miljø, der den enkelte kan oppleve trygghet og sosial tilhørighet. Det vil bli gjennomført flere felles kompetansehevede tiltak innenfor oppvekst og utdanning i planperioden, som vil understøtte læringsmiljøets betydning for barn og unges psykiske helse.

Spesialisthelsetjenesten reduserer antall innleggelseser innenfor barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien, noe som fører til økt press på kommunene til å bygge ut egne tiltak. Omstillingen skal føre til at spesialisthelsetjenesten utvikler ambulante tjenester, som skal gi hjelp og behandling i hjemmet.

7.1 Svangerskapet

Foreldre - barn relasjonen starter i svangerskapet. Foreldreskap gir mulighet for tidlig intervensjon for å sikre barnet en god start. Det er derfor viktig at gravide og partnere møter fastleger og jordmødre som snakker om og kartlegger rus, psykisk helse og voldsproblematikk hos foreldrene, som kan være skadelig for fosteret eller en risiko for barnets utvikling etter fødsel. Det er utviklet eget brukerforløp "Rus i svangerskapet" som

avklarer involverte tjenester sitt ansvar. Det er i neste periode viktig å opprettholde fokus på kompetanseutvikling og tiltak rettet mot alle gravide og gravide med kjent problematikk når det gjelder rus og psykisk helse.

7.2 Foreldre med psykiske vansker/lidelser eller rusproblemer

Barn trenger sensitive, trygge og utviklingsstøttende omsorgspersoner. Foreldre trenger trygghet i foreldrerollen. Psykiske vansker/lidelser og/eller rusproblem hos foreldre kan forstyrre foreldreferdigheter, noe som representerer en risiko for barna, samt skaper bekymring og usikkerhet hos foreldre. Det er viktig å se barnet, foreldrene, samspillet mellom dem, og miljøet familien lever i.

I perioden 2007 - 2014 gjennomførte Trondheim kommune Modellkommuneforsøket rettet mot barn av psykisk syke og/eller rusmisbrukende foreldre og barn som lever med vold i familien. Det ble jobbet systematisk med å styrke kompetanse, utvikle brukerforløp og implementere metodikk som skal sikre at familier med de minste barna (0 - 6 år) oppdages tidlig og får god oppfølging/behandling. Det er i perioden fremover viktig å fortsette arbeidet med å styrke kompetansen på helsestasjonen, i barnehagene, i ulike familietiltak i BFT og i tjenester rettet mot voksne. Evaluering og kvalitetssikring av rutiner er viktig for å sikre at brukerforløp fungerer i praksis og at kompetansen benyttes i det direkte arbeidet med familiene. Videre styrking av kompetanse på dette området er nødvendig i neste periode.

Rus og psykisk helseproblematikk hos foreldre kan gi utfordringer på en rekke andre livsområder som også får konsekvenser for barnets oppvekst, som økonomi, boforhold, fritid, nettverk. Det er derfor viktig med et helhetlig bilde på familiens utfordringer og ressurser. Mange av barna og ungdommene som har det vanskeligst og som oppleves som krevende å hjelpe har vokst opp med, og lever med foreldre med rusproblematikk og/eller psykiske lidelser. Det er i perioden som kommer viktig å se nærmere på hvordan kommunen kan sikre oppfølging av disse barna videre inn i skolealder. Samt sikre gode tiltak for de barna som har størst belastning også lenger opp i alder.

7.3 Lavinntektsfamilier

Barnefattigdom rammer spesielt barn av foreldre med lav utdanning, foreldre uten fast jobb. Barn i store husholdninger, med enslig forsørger, i husholdninger som mottar sosialhjelp eller er økonomisk avhengig av velferdsordninger er også utsatte.

Barn som vokser opp i fattige familier, blir ofte ekskludert sosialt. Oppvekst i en lavinntektsfamilie er et komplekst og sammensatt problem, og handler om mer enn kun lav familieinntekt. Dårlige levekår utfordrer barns muligheter til å realisere sine rettigheter slik de er nedfelt i [barnekonvensjonen](#). Barnefattigdom i Norge handler ikke så mye om sosial nød eller mangel på nødvendige forbruksvarer, men heller om utenforskap og eksklusjon. Forskning viser at disse barna har større risiko enn andre barn for selv å bli fattige som

voksne, at de i mindre grad enn andre barn deltar i sosiale aktiviteter, og at det er en sammenheng mellom inntektssituasjonen til familien og barns psykososiale helse. Samtidig viser forskning at lavinntektsfamiliene endrer status når foreldre kommer i arbeid, slik at fattigdommen ikke blir vedvarende.

7.4 Barn og unge med funksjonsnedsettelse

Barn og unge med utviklingshemming har høyere forekomst av psykiske helseplager enn andre barn. Uten behandling kan vanskene bli langvarige og følge med opp i voksen alder. Risikofaktorene for å utvikle psykiske lidelser er stort sett den samme for alle barn, men barn og unge med utviklingshemming har større risiko for å bli utsatte for traumatiske hendelser som mobbing og overgrep. Barnas kognitive utfordringer kan også føre til mentale overbelastninger i kravsituasjoner, samt færre opplevelser av mestring. Dette kan igjen føre til lav selvfølelse. Det er godt dokumentert at barn og unge med utviklingshemming og samtidig psykisk lidelse i for liten grad fanges opp og får spesifikk hjelp for sine psykiske vansker i helsetjenesten.

Barn og unge med visse syndromer kan også i større grad være utsatt for å utvikle psykiske lidelser.

7.5 Vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep

Omfattende forskning viser hvor alvorlig det kan være å bli utsatt for vold, enten det er å oppleve vold mot en av foreldrene, eller selv å bli utsatt for direkte vold, seksuelle overgrep eller mobbing. Det kan føre til omfattende kognitive, sosiale, psykiske og fysiske problemer både på kort og lang sikt. Vold mot barn og unge er en folkehelseutfordring

7.6 Samhandling og koordinering

Samhandlingsreformen utfordrer kommunene i forhold til at en større del av behandling og rehabilitering skal legges på kommunalt nivå og at tjenestetilbudet skal framstå samtidig, særlig ovenfor målgrupper sårbare for fragmenterte tjenestetilbud. Ved siden av å utfordre på kapasitet utfordres vi i forhold til kompetanse, utvikling av metodikk/tilbud tilpasset nye oppgaver og samarbeidsformer.

En hovedutfordring vil være å sikre samarbeid og samordning i tjenestetilbudene internt i kommunen men også mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og NAV. Dette for i et behandlingsforløp å sikre rett tjeneste til rett tid også med et styrket fokus på inkludering i aktivitet og arbeid og NAV's rolle som sentral samhandlingspartner i forhold til dette.

7.7 Frafall fra videregående skole

Ungdom som faller ut av videregående opplæring har dårligere helse, flere psykiske lidelser og bruker mer rusmidler enn de som fullfører tolv-årig skolegang. Det er behov for å styrke tiltak som sikrer ungdom skoletilknytning, trivsel og mestring for å bidra til bedre skoleprestasjoner og økt gjennomføring i videregående opplæring.

7.8 Kapasiteten i lavterskeltilbudene

Statistikk viser at andelen i befolkningen som i løpet av livet vil få en eller annen psykisk lidelse varierer fra 25 til 52 prosent. Det er derfor en utfordring å legge til rette for at alle disse personene kan få tilbud i et kommunalt lavterskeltilbud. I løpet av de siste 20 årene er det personer med de alvorligste psykiske lidelsene som har vært prioritert.

7.9 Psykososialt arbeid til flyktninger

Trondheim kommune skal bosette 650 flyktninger i 2016, hvorav 490 voksne/familier og 160 enslige mindreårige. Totalt 1 100 flyktninger i løpet av 2015 og 2016. Økt behov for bosetting i norske kommuner i 2015 og 2016 skyldes i hovedsak store asylankomster til Norge høsten 2015 og Stortingets vedtak om bosetting av 8 000 syriske overføringsflyktninger i perioden 2015-2017. Et konkret tiltak har vært flere og raskere bosettinger fra asylmottak til norske kommuner for personer som har fått oppholdstillatelse.

Antall søknader om ekstra tilskudd som [IMDi](#) har innvilget for flyktninger med funksjonshemninger og/eller atferdsvansker er blitt nesten fordoblet fra desember 2014 til februar 2016, fra 115 til 215 saker. Tilskuddet gjelder for inntil fem år fra bosettingstidspunktet. Økningen i antall saker er et tydelig tegn på behov for ekstraordinær tilrettelegging og oppfølging av flyktninger som bosettes i kommunen. De 215 sakene gjelder 106 voksne, 81 barn og 28 enslige mindreårige. Det er ikke foretatt en systematisk gjennomgang for å finne årsakene til økningen, men den kan ha sammenheng med opplevelser fra krigen i Syria og traumatiske fluktsituasjoner.

Det er spesielt viktig at adekvat hjelp settes inn mens personene er i introduksjonsprogrammet. Dette vil sikre at kvalifiseringen ikke stopper opp, og at kvalifisering og helsehjelp skjer samtidig. For å lykkes må kommunen styrke egne tjenester på tvers av enheter og gi konkret helsehjelp til de med de største traumene. Rådmannen mener disse midlene er svært viktige for å kunne sette i gang ekstra og rask individuell behandling som kan vare i inntil fem år.

7.10 Samtidige ruslidelser og psykiske lidelser (ROP)

Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse faller lett utenfor behandlingstiltak. På tross av økt oppmerksomhet rundt denne pasientgruppen er det fortsatt store utfordringer når det gjelder å ta et helhetlig ansvar for å samarbeide om utredning, behandling og øvrig oppfølging. Noen blir ikke oppdaget fordi hjelpeapparatet ikke ser den psykiske lidelsen bak rusproblemene eller rusmiddelmissbruket bak den psykiske lidelsen.

Profesjonelt arbeid innebærer godt kunnskapsnivå om pasientgruppen. Krav om kunnskap og ferdigheter vil avhenge av hvilken rolle den enkelte tjenesteyter har, men alle tjenesteytere bør ha grunnleggende kunnskaper om det som særpreger de mennesker de skal gi tjenester til.

Behandlingen har i stor grad vært rettet mot personer med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, bipolar lidelse, alvorlig personlighetsforstyrrelse. Det er nå mer oppmerksomhet og økt kunnskap om rusmidlers samspill med psykiske lidelser, også mindre alvorlige lidelser.

Enhetene innenfor rus og psykisk helse har tatt i bruk nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP lidelse. Ansatte har tilegnet seg ny kompetanse i å vurdere og kartlegge pasientenes behov for å finne frem til adekvate tiltak. Det er bl.a. etablert et eget botiltak for målgruppen og hvor ansatte har særlig kompetanse til å bistå personene. I Brukerplankartleggingen for 2015 var det 777 personer som hadde tjenester fra kommunen og var vurdert til å ha både en psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet

Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte, og de faller lett utenfor behandlingstiltak.

Noen personer med ROP-lidelser har problemer med å klare seg alene, noen har marginal økonomi og tilhører de fattige i samfunnet vårt, og mange har dårlig livskvalitet. Befolkningsundersøkelser og annen forskning viser at jo mer alvorlig ruslidelsen er, jo høyere er forekomsten av psykiske lidelser, og jo mer alvorlig den psykiske lidelsen er, jo høyere er forekomsten av ruslidelser.

7.11 Tilrettelagte boliger

Bolig er avgjørende for helse, selvstendighet og deltakelse. Personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer er overrepresentert blant de bostedsløse og vanskeligstilte på boligmarkedet. Det er en stor utfordring å skaffe egnede boliger for unge rusavhengige med adferdsutfordringer.

Kommunen må legge til rette for at alle innbyggerne har gode og trygge boforhold. Rådmannen vil utarbeide ny boligsosial handlingsplan som sees i sammenheng med kommunens generelle boligpolitikk og øvrige planprosesser.

Målet er at alle skal bo trygt og godt, hovedsakelig i egen bolig. De fleste bør bo i ordinære boliger, men for de med store omsorgsbehov eller adferdsutfordringer må det finnes boliger tilpasset deres behov. Personenes boligpreferanser har endret seg de siste årene, slik at de fleste med store hjelpebehov ønsker å bo "normalt", dvs. i en bolig og boligområde som ikke skiller seg ut. Kommunen må derfor legge til rette for fleksible og varige botilbud i gode bomiljø, som er tilpasset den enkeltes behov. Med varig bolig menes et sted hvor man kan bo uten tidsbegrensing. Det omfatter tilbud som spenner fra egen eid eller leid bolig i ordinær boligmasse til bemannede og samlokaliserte boliger eller bofellesskap. Kommunal omsorgsbolig, heldøgns helse- og omsorgsinstitusjon og sykehjem kan også være aktuelle botilbud for noen.

For personer med rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser er boligen forutsetning for å kunne iverksette og lykkes med behandling og oppfølgingstjenester. Bolig kan forebygge risiko for tilbakefall og redusere behovet for opphold i institusjon eller hindre fengselsopphold.

8 Mål

8.1 Mål Oppvekst og Utdanning

Periodemål 1 Barn og unge utvikler tilfredsstillende grunnleggende ferdigheter

Periodemål 2 Barn og unge har gode læringsmiljøer

Periodemål 3 Flere barn og unge får hjelp og støtte i de ordinære tilbudene

Periodemål 4 Samarbeidet med foresatte styrkes, herunder samhandling for å sikre koordinert innsats i et familieperspektiv

8.1.1 Mål for tjenesteområdet

Oppvekst og utdanning har ansvar for følgende delmål i Kommuneplanens samfunnsdel:

1.1: I 2020 har barn og unge i Trondheim kompetanse som styrker dem i møtet med framtidens utfordringer

3.1: I 2020 opplever barn og unge i Trondheim trygghet i hjem, barnehage, skole og fritid

3.6: I 2020 er sosiale forskjeller i Trondheim redusert

4.4: I 2020 skal Trondheim kommune og kommunens innbyggere ha en felles forståelse av hvilke forventninger en kan ha til kommunens tjenester

8.1.1.1 Periodemål 2017-2020

Bystyret vedtok i 2014 fire felles periodemål for skole, barnehage og barne- og familietjenesten. Periodemålene foreslås videreført i hele perioden. Indikatorer for måloppnåelse og styringsdata utvikles videre. Noen indikatorer er aktuelle for flere tjenester i oppvekst og utdanning.

1. Barn og unge utvikler tilfredsstillende grunnleggende ferdigheter

Indikatorer på måloppnåelse:

- Alle barn og unge får helseundersøkelser til rett tid
- Foreldre, barn og unge med psykiske vansker får tidlig og effektiv hjelp gjennom forsterket helsestasjon (barnehagealder) og psykososialt team (grunnskolealder)
- Barne- og familietjenesten styrker samhandlingen med barnehage, skole og helse og velferd.
- Andelen elever som fullfører det 13-årige skoleløpet øker fra 74 prosent i 2016 til 80 prosent i 2020
- Andelen elever som går ut av grunnskolen med mindre enn 30 grunnskolepoeng reduseres fra sju prosent i 2014-15 til fem prosent innen skoleåret 2019-20
- PPT benytter vurderingsverktøyet TI-PP til å gi anbefalinger til skolene om hvordan opplæringen skal justeres slik at læringsutbyttet øker
- Større andel barn med tiltak fra barnevernet gjennomfører ordinær grunnskole og fullfører videregående opplæring

2. Barn og unge har gode læringsmiljøer

Indikatorer på måloppnåelse:

- Alle barn og unge med særlige behov får tilrettelagt opplæring/aktivitet og helsehjelp
- PPT gir barnehager og skoler bistand i kompetanse- og organisasjonsutvikling
- Fagteam gir systemrettet veiledning i barnehage og grunnskole

3. Flere barn og unge får hjelp og støtte i de ordinære tilbudene

Indikatorer på måloppnåelse:

- Flere familier får praktisk hjelp og timebasert avlastning
- Flere foreldre får hjelp og bistand gjennom lærings- og mestringstilbud
- Flere barn får hjelpetiltak i opprinnelig familie
- Andelen barn med tiltaksplan i barnevernet øker fra 68 prosent i 2016 til 100 prosent innen 2018
- Andelen barn med omsorgsplan i barnevernet øker fra 92 prosent i 2016 til 100 prosent innen 2018
- Andelen fosterhjemsbarn med oppfølging øker fra 85 prosent i 2016 til 100 prosent innen 2018

- Oppholdstid i institusjon, beredskapshjem og akuttinstitusjon reduseres fra 13300 døgn i 2016 til 10000 døgn innen 2018.

4. Samarbeidet med foresatte styrkes, herunder samhandling for å sikre koordinert innsats i et familieperspektiv

Indikatorer på måloppnåelse:

- Familier med annen etnisk bakgrunn enn norsk får tilpasset informasjon, råd og veiledning fra barnevernet
- Alle familier med behov for koordinerte tjenester har en personlig koordinator
- Foreldrene rapporterer gjennom brukerundersøkelser og dialogmøter at de mottar et fleksibelt tjenestetilbud tilpasset deres behov
- Fra 2016 til 2017 dobles bruken av familieråd og samarbeidsavtaler med foresatte

8.2 Mål Helse og velferd

8.2.1 Tidlig innsats

Periodemål 1: Tilby lavterskel mestringskurs for personer som opplever å være i en livskrise.

Periodemål 2: Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, gis tidlig hjelp.

Periodemål 3: Utvikle samarbeid med frivillige lag og organisasjoner som fremmer økt innsats til personer med lettere og moderate psykiske vansker og til rusmiddelavhengige.

8.2.2 Oppfølging etter behandling

Periodemål 4: Personer som trenger kommunal oppfølging etter spesialisert behandling, skal gis tilbud om tilpassede tjenester ved utskrivning eller ved avsluttet spesialisert behandling.

8.2.4 Brukermedvirkning

Periodemål 5: Brukere opplever reell medvirkning i utforming av tjenester og innhold.

Periodemål 6: Gjennomføre erfaringer med erfaringskonsulenter i tjenestene.

8.2.5 Kunnskapsbasert praksis

Periodemål 6: Ansatte har god kompetanse om mestring ("recovery") og motiverende intervju (MI) for å møte brukernes ulike behov.

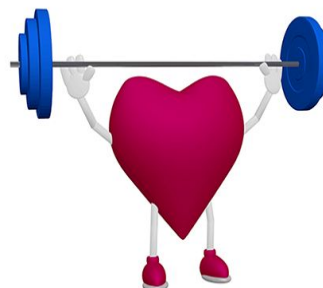
9 Strategier

9.1 Folkehelsearbeid

9.1.1 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet gir en rekke positive effekter som økt velvære, mestring, redusert stress og uro. Fysisk aktivitet kan i tillegg forebygge og redusere lettere psykiske plager og lidelser som depresjon og angst. Personer som er i dårlig fysisk form eller har drevet lite fysisk aktivitet kan ha behov for støtte og motivasjon til å komme i gang.

Tjenesteutøvere bør informere, tilrettelegge og fremme fysisk aktivitet tilpasset den enkelte. Trondheim kommune har en [frisklivsentral](#).



9.1.2 Riktig ernæring

Riktig ernæring og et variert kosthold har stor betydning for helse og livskvalitet. Tiltak for å etablere et godt kosthold og å bedre ernæring inngår som et viktig innsatsområde for helsestasjon og skolehelsetjenesten, og det bør inngå som en del av både forebygging og behandling for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer.

I tillegg til konsekvenser av et eventuelt mangelfullt kosthold, kan legemidler og rusmidler i seg selv gi symptomer som kvalme, oppkast, nedsatt eller økt matlyst m.m. Det kan føre med seg vekttap, vektøkning, diare og forstoppelser, samt infeksjoner og skader i fordøyelsessystemet. Å vurdere ernæringsstatus, forebygge og behandle bivirkninger og andre følgetilstander av legemiddel og/eller rusmiddelbruk er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud.

Alvorlige psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer er også ofte forbundet med dårlig tannhelse, som innvirker på ernæring og kosthold. Råd og veiledning om ernæring og tannpleie, og et godt tannhelsetilbud bør prioriteres. I Trondheim er det Frisklivssentralen som har [kurs i ernæring](#).

9.1.3 Røyk og snus

Røyking er utbredt blant personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, og er en av årsakene til kortere forventet levealder. Snus inneholder helseskadelige og avhengighetsskapende stoffer. Bruk av snus øker risikoen for flere typer kreft og har andre negative helseeffekter. Snusing i svangerskapet kan skade fosteret, og gravide bør ikke snuse.

Mange ønsker å slutte. Røykeslutt kan gi en mestringsopplevelse som i neste omgang kan øke sjansen for å redusere eller slutte med rusmidler. Tilbud om hjelp til røykeslutt bør inngå som en del av både forebygging og behandling for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske helseproblemer. Fastleger og annet helsepersonell, herunder frisklivssentraler, tilbyr hjelp til røykeslutt. I Trondheim kan man få hjelp til røykeslutt ved Frisklivssentralens kurs.

9.1.4 Søvnvansker

Søvnvansker er blant de vanligste helseplagene i befolkningen og er et debutsymptom ved de fleste psykiske lidelser. Kroniske søvnvansker øker risikoen for å utvikle psykiske og somatiske plager, samt å falle ut av arbeidslivet.

Legemiddelbasert behandling mot søvnløshet er vanlig, men forskning viser at behandling uten medikamenter gir bedre effekt på kort- og lang sikt. Disse analysene konkluderer med at 70–80 prosent av de som er søvnløse vil ha god og varig nytte av kognitive eller adferdsmodifiserende teknikker. Det omfatter blant annet opplæring i søvnhygiene, søvnrestriksjon, stimuluskontroll og avslapningsteknikker. Dette er relativt enkle teknikker som helse- og omsorgspersonell kan benytte i klinisk arbeid med søvnvansker.

Helsestasjon og skolehelsetjeneste gir individuell veiledning i søvnregulering og gruppetilbud i søvngrupper for ungdom. Det drives forebyggende tiltak og behandlingstiltak i både kommune og spesialisthelsetjeneste. Det finnes såkalte søvnskoler ulike steder. Ansatte ved Frisklivssentralene gis kompetansehevende kurs om søvn og forebygging av søvnvansker, og vil etter hvert ha tilbud knyttet til dette.

9.2 Brukermedvirkning

En bruker er en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form. I plan for brukermedvirkning defineres bruker som en person som har behov for eller nyttiggjør seg tjenester innenfor psykisk helse- eller rusfeltet. [Forandringsfabrikken](#) har i samarbeidet om planen tilkjennegitt at de ønsker å gå bort fra brukerbegrepet, og vil omtale personer som barn, ungdom eller voksen.



Brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Samtidig har brukermedvirkning en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem.

Brukermedvirkning krever at tjenesteutøverne ikke er forutinntatte, har fordommer eller fastlåste syn på personer eller grupper, noe som kan påvirke valg av tilbud. Gjennom brukermedvirkning får tjenestene økt kunnskap om brukerens situasjon, ønsker og behov, fordommer og stereotypier motarbeides, og enkeltpersoner og grupper får større innflytelse og handlingsrom.

Aktiv brukerdeltakelse i utformingen av tjenestetilbudet bidrar til et bedre tilpasset tjenestetilbud, men har også en egenverdi. For mange vil brukermedvirkningen ha en terapeutisk effekt. Å involvere og anvende brukerens kompetanse er avgjørende for at brukerens ressurser og mestringsevne skal bevares og styrkes, og for at brukeren skal beholde eller gjenvinne kontroll over eget liv. Gjennom å legge til rette for at enkeltindivider gis makt og innflytelse i eget liv, øker evnen og mulighetene for deltakelse og innflytelse i samfunnet.

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess hvor målet er å utvikle og forbedre tjenestene. I dette arbeidet spiller brukerne en sentral rolle. Kun brukeren kan bedømme om tjenesten eller behandlingen fungerer tilfredsstillende. Brukermedvirkning bidrar til bedre og mer målrettede tjenester fordi erfaringskunnskap og fagkunnskap ses i sammenheng. Erfaringskunnskapens styrke ligger i de jevnligte tilbakemeldingene fra dem som benytter tjenestene. Brukerne tilfører nye perspektiver og idéer til kvalitetsforbedring.

9.2.1 Recovery

Recovery er brukermedvirkning i praksis og er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv er sentrale elementer i bedringsprosessen.

Tiltakene som iverksettes støtter opp under brukerens egen bedringsprosess (bedringsorientert praksis). I nordiske studier er recovery belyst med fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser. Hjemmet, arbeid og aktivitet, utdanning, penger, sosiale arenaer, lokalmiljøet, venner og familie er tillagt stor betydning for bedringsprosessen.

«Å komme seg», eller recovery, foregår på hverdagslivets ulike arenaer og er uavhengig av varierende behandlingsideologier. Recovery handler om å utvikle måter å håndtere ulike psykiske problemer på, og ikke minst de sosiale konsekvensene av problemene.

Recoveryperspektivet legger til grunn at tjenesteutøveren anser brukeren som ekspert på seg selv og formidler tro på at han eller hun kan utvikle seg og få et bedre liv.

Relasjonen mellom bruker og tjenesteutøver må preges av likeverdighet, åpenhet, ærlighet og tillit. Tjenesteutøveren må bistå brukeren i å utvikle ferdigheter, nettverk og støtte, slik at hun eller han kan ta mest mulig ansvar for eget liv. Pårørende og andre støttepersoner kan

spille en betydningsfull rolle i brukerens bedringsprosess. Recovery kan foregå på ulike vis og med eller uten hjelp fra fagpersoner. Noen miljøer og relasjoner kan være støttende, mens andre kan være barrierer.

I en rekke miljøer og land foregår det nå implementering av recoveryorienterte praksiser, - basisen i det lokalbaserte psykiske helsearbeidet. Noen norske kommuner jobber også med å utvikle sitt psykiske helsearbeid i retning av mer recovery-orientert praksis. På tjenestenivå blir organisatoriske forpliktelser, sosial integrering, å støtte personlig definert recovery og samarbeidsrelasjoner trukket frem som viktige faktorer for recovery-orientert praksis.

9.2.2. Samarbeid med lag og organisasjoner

Trondheim kommunes frivillighetspolitikk er forankret i Regjeringens frivillighetsmelding, Felles fylkesplan for Trøndelagsfylkene & Trondheim 2009 – 2012, og kommuneplanens samfunnsdel 2009 – 2020. Bystyret vedtok 29.mars 2012 Temaplan for frivillighetspolitikk 2012 - 2016. Den ønsker å støtte opp om det mangfold av aktiviteter og omfang frivilligheten representerer innenfor de fleste samfunnssektorer, og tar sikte på å legge til rette for en livskraftig frivillig sektor og gode og forutsigbare vilkår for frivilligheten.

Lagene og organisasjonene utfører et viktig arbeid som et komplement til den kommunale tjenesteytingen. Det er derfor viktig at kommunen og de frivillige samarbeider godt. På samme måte er det viktig at de frivillige organisasjonene også samarbeider når de har tilbud som utfyller hverandre. Et eksempel på godt samarbeid mellom frivillige er samarbeidet om matservering, der man fordeler ukedagene på ulike aktører slik at et gratis måltid for rusmiddelavhengige og psykisk syke blir servert hver dag.

Trondheim kommune har lang erfaring med samarbeid med ideelle lag og organisasjoner. Innenfor rus og psykisk helse har kommunen driftsavtaler om tjenestetilbudet med flere aktører.

9.3 Familieperspektiv

Familieperspektivet legges til grunn i hjelp og oppfølgingstiltak. Det ligger mulighet for en betydelig helsemessig gevinst, både for brukeren/barn og unge og de nærstående om vi sikrer at familie- og nettverksperspektivet inngår som en naturlig del av vår bistand og hjelp til barn, unge og deres familier. Derfor vil vi i planperioden videreutvikle samarbeidet mellom enhetene i kommunen og med spesialisthelsetjenesten og andre fagmiljø.

Enhet for psykisk helse og rus sin etablering av barneansvarlige skal bidra til økt oppmerksomhet på barn av psykisk syke foreldrene og sikre at de får den nødvendige hjelpen. Kommunen ønsker at pårørende, familie og nettverk opplever å være inkludert i tjenestetilbudet og bli støttet i sin rolle som nærstående. Ansatte skal ha kunnskap om og

forståelse for betydningen av familieperspektivet og utvikle god handlingskompetanse i forhold til dette perspektivet.

9.4 Tidlig innsats

Tidlig innsats innebærer at innsats settes inn tidlig i forhold til alder eller at man griper tidlig inn i forhold til en problemutvikling. Dette er av avgjørende betydning både for den enkelte og for samfunnet. Jo tidligere et problem oppdages og innsats settes inn, desto større er sannsynligheten for en positiv utvikling. Den samfunnsøkonomiske gevinsten av tidlig innsats er høy, fordi færre vil utvikle alvorlige problemer. Å gripe tidlig inn er i seg selv ikke tilstrekkelig. Vi har et ansvar for å forebygge, avdekke og iverksette tiltak, og gi helhetlig tilbud. Tidlig innsats krever faglig trygghet, oversikt og tilgang på kunnskap og kompetanse.

I praksis innebærer dette at mødre blir spurt om de blir utsatt for vold i svangerskapet, og at vold og overgrep er tema på konsultasjoner i helsestasjonen, videre i barnehagen og i skolen og i skolehelsetjenesten. Det er utarbeidet en nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen - hvordan avdekke vold. Retningslinjen anbefaler at helsepersonell åpner opp for temaet vold i nære relasjoner så tidlig som mulig i svangerskapet som del av etablert god klinisk praksis. Målet er at kvinner utsatt for vold skal få mulighet til å snakke om dette og gis forsvarlig og nødvendig oppfølging. Voldsutsatte og helsepersonell forteller at samtaler og spørsmål om vold er sårbart og vanskelig. Vi er inne på et område med tabu, skyld og skamfølelse.

Brukere som kommer til fastlegen eller til helse- og omsorgstjenestene med ulike symptomer, spørres om de har vært utsatt for vold og overgrep. Det krever trening på å samtale om vold på en direkte måte, og det krever modige ansatte med god kunnskap og innsats for å stille spørsmålet, og sørge for hjelp og oppfølging for brukeren og/eller barnet. Det har vært kompetanseutvikling på dette området i gjeldende planperiode, og er også vesentlige kompetansetiltak i denne nye planen.

9.5 Samhandling og helhet

Det er en utfordring å yte helhetlig, koordinert og tverrfaglig hjelp til utsatte barn og unge og til voksne brukere. Målet med 0–24-samarbeidet er å sørge for at flere barn og unge utvikler god helse, gjennomfører utdanningsløpet og gis det nødvendige grunnlag for en god tilknytning til arbeidslivet. For å nå målet er det avgjørende at utsatte barn og unge oppdages og hjelpes så tidlig som mulig. Den tidlige innsatsen bør være tverrfaglig når det er til det beste for barnet.

Derfor er det viktig at de ulike kommunale tjenestene som helsestasjon, barnehage, barnevern, pedagogisk psykologisk tjeneste, skole og NAV utvikler et bedre samarbeid om samtidig bruk av tiltak og tjenester i kombinasjon. Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Helse- og

omsorgsdepartementet samarbeider nå tett med sine fagdirektorater for å tilrettelegge og tilpasse de ulike sektorenes virkemidler, ved en bedre samordning av regelverk, systematisk direktoratsamarbeid og samordning av tilsyns- og tilskuddsforvaltningen.

Hensikten er å gjøre det enklere for kommunene å samarbeide på tvers av faggrenser og regelverk som i dag kan oppleves som hindre for tverrfaglige tiltak til utsatte barn og unge. De involverte departementene har gitt alle fylkesmennene felles, koordinerte og likelydende oppdrag om å bidra inn i 0–24-samarbeidet på lokalt nivå.

Økt bruk av tverrfaglige tjenester/koordinerte tiltak fra ulike tjenesteytere skal føre til at:

- Flere utsatte barn og unge oppdages tidligere og gis bedre koordinert hjelp i barnehage- og skolealder.
- Flere utsatte ungdommer utenfor skole og arbeid følges opp med tverrfaglige tiltak, herunder helse-, sosial-, arbeids- og opplæringstiltak.
- Flere utsatte elever gis tilbud om praktisk opplæring i videregående skole.
- Flere elever gjennomfører videregående opplæring.
- Færre faller utenfor arbeidslivet.

Overgangsperioder bringer alltid med seg ulike muligheter, inkludert sjansen til å reflektere over og føle stolthet over sine prestasjoner, være håpefull for fremtiden og kanskje også å gi avkall på karaktertrekk en ikke lenger ønsker å være bekjent av. Men en økende andel ungdommer oppgir å ha psykiske plager som kan innebære utfordringer, bl.a med utdanning, arbeidsliv og generelt med å etablere voksenlivet.

9.6 Kunnskapsbasert praksis

Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukers / barn og unges ønsker og behov i den gitte situasjonen. Trondheim kommunes tjenester skal være kunnskapsbasert og ansatte skal bruke data fra Brukerplan og andre systemer for å få kunnskap om brukernes behov og analysere hvilke tiltak som er virksomme.



9.7 Velferdsteknologi

Formålet med å ta velferdsteknologi i bruk er å gi enkeltmennesket mulighet til bedre å mestre eget liv og helse, styrke det offentliges oppgaveløsning gjennom innovasjon og anvendelse av ny teknologi og bedre kunne møte de fremtidige utfordringene, bl.a. som følge av den demografiske utviklingen. Bystyret i Trondheim kommune har vedtatt egen temaplan for IKT, digitalisering og velferdsteknologi. Enhet for psykisk helse og rus skal bl.a. gjennomføre en pilotstudie sammen med SINTEF for å utvikle et eget web basert søvnprogram.

10 Videreføring av tiltak og nye innsatsområder

10.1 Mestringstilbud for voksne

Tidlig innsats er arbeid som bidrar til å identifisere og håndtere et problem på et tidlig tidspunkt. Tidlig innsats har tradisjonelt blitt knyttet til arbeid rettet mot barn og unge, men begynnende (rus)problemer og eller psykiske problemer har ingen øvre aldersgrense. I 2012 ble [samhandlingsreformen](#) Rett behandling – på rett sted – til rett tid innført. Med reformen ønsket man å utbedre landets helsetjenester ved å gjøre dem mer koordinerte, fokusere på forebygging av sykdom og i større grad forholde seg til demografisk utvikling. Reformens nøkkelsetninger var:

- Forebygge fremfor bare å reparere.
- Tidlig innsats fremfor sen innsats.
- Flytte tjenester nærmere der folk bor.
- Flere oppgaver til kommunene og penger til å utføre dem.
- Bedre for pasientene - sterkere brukermedvirkning.

I forbindelse med reformen ble ny [folkehelselov](#) og [helse- og omsorgstjenestelov](#) utarbeidet. Det nye lovverket styrket kommunens ansvar ved forebygging og helsefremmende arbeid, men forpliktet samtidig kommunene å legge til rette for endring av praksis. For å bistå kommunene i utviklingen av nye tjenester har Helsedirektoratet gitt ut flere nasjonale veiledere. De mest relevante for arbeid med psykisk helse og rusproblemer er Sammen om mestring og Tidlig intervensjon: Fra bekymring til handling. Veilederne skisserer nye arbeidstilhøringer i tråd med gjeldende faglige anbefalinger og legger særlig vekt på at tjenester skal innbefatte tidlig innsats, brukermedvirkning og nærhet mellom tjeneste og bruker. For å optimalisere arbeidet i disse områdene er det nødvendig at befolkningen tilbys tjenester som er lavterskel. Ved å organisere tjenester som lavterskel kan man lettere nå personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer. Tilbudene kan omfatte både forebygging, tidlig intervensjon, behandling og skadereduksjon.

Trondheim kommune og Enhet for psykisk helse og rus (EPHOR) ønsker å imøtekomme de sentrale føringene og anbefalingene, og har forpliktet seg til å satse på utvikling av tilbud som innbefatter tidlig innsats og brukervedvirkning. EPHOR skal sikre dette arbeidet gjennom å opprette et helhetlig og variert mestringstilbud som samler alle tjenester som kan anses å være lavterskel.

Når planen omtaler tilbud som "lavterskel" menes at bruker selv kan ta direkte kontakt for å få hjelp uten henvisning fra andre instanser, kort eller ingen ventetid og at tilbudet er fritatt for egenandel.

10.1.1 Målgruppe

Voksne over 18 år med lettere psykiske plager og/eller rusproblemer, eller moderate psykiske plager som forventes å ha kort varighet, og som ikke har et ordinært behandlingstilbud.

10.1.2 Formål med tilbudet

Fokus på mestring av symptomer kan hindre at mildere plager utvikler seg til mer omfattende helseproblematikk som krever vedtak om kommunale tjenester, samtidig som tidlig kontakt med tjenesteapparatet kan føre til tidligere identifisering av mer alvorlige psykiske lidelser og rusproblematikk. Tilbudet vil dermed kunne virke både forebyggende og behandlende. Mange har høy terskel for å be fastlegen om en henvisning til spesialisthelsetjenesten, og mange henvisninger avvises fordi problematikken er av mild art. Gjennom et variert og lett tilgjengelig lavterskeltilbud kan man nå flere målgrupper som en ellers ikke møter. Lavterskeltilbudet skal være lett å komme i kontakt med, og det skal være gratis og tidsavgrenset.

Tjenestene skal forebygge at livskriser og andre belastninger utvikler seg til psykiske problemer. Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig. Rask psykisk helsehjelp til personer som dropper ut av videregående skole. Det skal være et lavterskel lærings- og mestringstilbud (e-mestrings søvnkurs), kurs i personlig økonomi med mer. Enheten tilbyr flere selvhjelpskurs ved hjelp av elektronisk kommunikasjon i tråd med nasjonale e-helse satsning.

Enheten utvikler samarbeidet med studenthelsetjenesten i Trondheim (SIT) om psykiske helsetjenester.

10.1.3 Tilbudets innhold

Se enhetens hjemmeside om [Mestringstilbud](#). 10.2 Rask psykisk helsehjelp

Rask psykisk helsehjelp ble etablert som et pilotforsøk i 2012. Tiltaket bygger på den britiske modellen «Improving access to psychological therapies» (IAPT). Behandlingstilbudet baserer seg på veiledet selvhjelp og kognitiv terapi som er en veldokumentert behandlingsmetode for psykiske lidelser. Et slikt tilbud vil være et godt verktøy for å gi

personer riktig behandling, og samtidig bidra til å utvikle kompetansen til helsepersonell i kommuner.

Tiltaket er i tråd med samhandlingsreformens intensjoner om forebygging og tidlig intervensjon.

Helse og velferd har søkt Helsedirektoratet om midler for å starte opp tilbud primo 2017, og skal styrke Mestringstilbudet. Tilbudet har som målsetning å lette symptomtrykk i forhold til depresjon og angst, og bedre arbeidsevnen hos brukerne. Målgruppen er mennesker over 16 år som har ulike typer angst og/eller depresjon av lett til moderat grad, eventuelt med søvnproblemer i tillegg.

10.3 Unge voksne og økonomisk stønad

NAV arbeider med å få på plass et godt system for å gjennomføre den vedtatte aktivitetsgarantien for ungdom som mottar sosialhjelp. Denne ble iverksatt fra 1. juni 2016. Alle ungdommer som mottar sosialhjelp og som er i stand til å være i aktivitet skal få et aktivitetstilbud. Per mai 2016 var det ca 400 ungdommer under 25 år som mottok sosialhjelp, og ca. 75 av disse manglet tilbud om aktivitet pr. i dag eller hadde et tilbud som ikke var bra nok.

En hovedstrategi er å tilby ungdommene som trenger dette et 4-ukers Jobbkurs, der fokuset er å skape trygghet, ha fokus på mestring og på den enkeltes ressurser. NAV ser at dette har stor positiv virkning på mange som har isolert seg og som har liten tro på seg selv. De har også fokus på å forbedre kompetansen på kartleggings- og avklaringsarbeid. NAV har fått økte ressurser til å kunne følge opp 3-400 ungdommer (ca. 20-25 ungdommer pr. stilling).

NAV kontorene melder om at det er fra 50-75 % av de som har avsluttet jobbkurset som har gått over til arbeid/ skole.

I samme periode var det også ca 500 ungdommer under 25 år som mottok arbeidsavklaringspenger. Det er altså nærmere 1000 ungdommer under 25 år som følges opp fra NAV, og hoveddelen av disse har psykiske utfordringer.

I aldersgruppa 25-30 år er det også ca 1000 personer, men her er det forholdsvis flere på arbeidsavklaringspenger (6-700) og færre på sosialhjelp (2-300).

NAVs strategi er

- Kurs som skaper trygghet og opplevelse av sosialt fellesskap
- Tett oppfølging
- Mulighet for sosiale aktiviteter
- Arbeidstrening på et nivå den enkelte kan makte (antall timer, skjermet/ikke skjermet osv)

10.4 Selvmordsforebyggende arbeid i Trondheim

Psykiske helseproblemer er en av de store folkehelseutfordringene i Norge, og forebygging av selvmord og selvskading er en viktig del av folkehelsearbeidet. God kunnskap om psykisk helse i befolkningen, sosial inkludering av personer med psykiske lidelser og rask og god hjelp fra tjenesteapparatet bidrar til god psykisk helse, og reduserer risikoen for selvmord og selvskading. Politiske prioriteringer, holdningsskapende arbeid og økonomiske konjunkturer kan ha effekt på selvskading og selvmord. Strukturer og tiltak som bidrar til å forhindre at mennesker faller ut av skole og arbeidslivet er blant de viktigste tiltakene for å sikre god helse og god fordeling av helse i et generasjonsperspektiv. Et godt lærings- og sosialt miljø i barnehage og skole kan forebygge utvikling og hindre forverring av psykiske problemer. Tiltak som fremmer psykisk helse og mestring i barne- og ungdomsbefolkningen vil kunne ha et forebyggingspotensiale gjennom hele livsløpet. Selvmordsforebyggende intervensjoner på befolkningsnivå kan bidra til å redusere forekomsten i befolkningen, men er ofte vanskelig å evaluere.

Det er viktig at påpeke at selvmord kan også handle om eksistensielle utfordringer og emosjonelle utfordringer som ikke trenger å være psykisk sykdom. Pårørende får sjelden noen signaler på forhånd.

Det er registrert i gjennomsnitt 530 selvmord i Norge pr år og det er cirka 150 kvinner og 400 menn som tar livet sitt hvert år. Det antas at det er 10 ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord. Av alle selvmord begås ca. 60 prosent av personer som er yngre enn 50 år. Det er veldig uvanlig at barn tar sitt liv.

Forskerne mener at mange selvmord er skjulte, de kan være trafikkulykker, drukninger og forgiftninger som aldri blir definert som selvmord og derfor påvirker statistikken.

Det er mange flere enn de som dør, som prøver å ta sitt liv, men ikke fullfører. Ifølge beregninger behandler helsetjenesten i Norge mellom 4000 og 6000 selvmordsforsøk årlig. Men det er stor usikkerhet om dette tallet. Det er flere menn som dør av sitt selvmordsforsøk men det er tre ganger flere kvinner som gjør et selvmordsforsøk.

I perioden fra 1960 til slutten av 1980 økte selvmordsraten hos både kvinner og menn. Men etter 1991 og fremover til 2005 har antall selvmordene blitt redusert. I de siste 20 årene har raten vært uforandret for kvinner. I 2014 var det 15 menn av 100 000 menn som tok selvmord, og 6 kvinner av 100 000 kvinner som tok sitt liv. Ifølge politiet var det 17 personer fra Trondheim kommune som i 2015 tok sitt liv.

10.4.1 Årsaker til selvmord og selvmordsforsøk

Som det har fremgått av kommentarene til selvmordsstatistikken så er det usikkerhet til omfanget av antall selvmord. Det betyr at man ikke har fullstendig oversikt på hvem som har

tatt sitt liv. Det er derfor vanskelig at ha god kjennskap til årsakene til selvmord og selvmordsforsøk. Men det antas at det ofte handler om et samspill av ytre og indre årsaker. Ytre årsaker kan være for eksempel at man mister jobb, skilsmisse eller tap av anseelse. De indre årsaken kan handle om psykisk eller fysisk sykdom. Personer som har psykisk lidelser har en større risiko for å begå selvmord. Risikoen er ekstra forhøyet for personer med psykisk lidelser som samtidig misbruker rusmidler. Risikoen er høyest i den nærmeste tiden etter et selvmordsforsøk. Forskning indikerer også at negative livshendelser og personlige følelser som for eksempel lav toleranse for press og opplevd indre ensomhet kan påvirke risiko for selvmord.

Ifølge Folkehelseinstituttet har 66 % av de som har tatt sitt liv vært i kontakt med allmennlege i løpet av den siste måneden før selvmordet. Samtidig viser forskningen at reduksjonen i antall liggedøgn i psykisk helse i perioden 1999-2008 ikke førte til flere selvmordsforsøk eller selvmord.

Ved schizofreni er risikoen for selvmord høyest i tidlig fase av sykdommen eller langt ut i sykdomsforløpet . Også andre psykiske lidelser som borderline personlighetsforstyrrelse og alkoholmisbruk er forbundet med økt selvmordsfare. Forhøyet selvmordsrisiko finnes også ved bipolar affektiv lidelse (tidligere manisk-depressiv lidelse), spesielt i kombinasjon med rus.

Personer som får nevrologiske sykdommer der hjernen forblir intakt, er en gruppe som også har forhøyet selvmordsrisiko, det samme gjelder også for personer som sterke kroniske smerter.

10.4.2 Arbeid med selvmordsforebygging

Det er et viktig helsepolitisk mål å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk. Selvmordsforebygging er viktig både på individ- og samfunnsnivå. Det generelle forebyggende arbeidet for barn og unges oppvekstvilkår ligger i bunn for alt forebyggende arbeid og dermed også for det selvmordsforebyggende arbeidet. Arbeid med selvmordsforebygging har et vidt spenn, fra det å fange opp de som truer med selvmord, behandling av selvmordstruende personer til forebygging av kjente risikofaktorer som for eksempel sikring av broer.

Tidlig identifisering av personer med selvskading og selvmordsatferd er avgjørende for å sikre tidlig adekvat oppfølging og behandling. Gjennom å identifisere sårbare grupper med høy risiko for selvmord eller selvskading er det mulig å utvikle og iverksette tiltak som reduserer risikofaktorer eller faktisk forekomst av selvmordsatferd og selvskading i gruppene. Tiltak rettet mot sårbare grupper med høy risiko og tiltak rettet mot enkeltpersoner med selvmordsatferd eller selvskading kan ha avgjørende betydning for liv og helse. For å lykkes med dette, er det nødvendig med riktig kompetanse.

Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) tilbyr slik opplæring til våre ansatte.

Trondheim kommune har ulike selvmordsforebyggende tiltak, slik som kompetanse til ansatte, informasjonsarbeid til etterlatte, oppfølging av pårørende etter et selvmord, samarbeid med kirken om sorggrupper og Leve om selvhjelpsgrupper. Kirkens SOS driver en krisetelefon og nettbasert tjeneste der personer som opplever en krise kan henvende seg for å få en samtalepartner. Det selvmordsforebyggende arbeidet er en del av kommunens psykiske helsetilbud.

Personer med suicidale tanker som oppsøker Legevakt blir alltid vurdert av lege. Legen har da mulighet til å kontakte KART, et kommunalt team for psykisk helsearbeid, for oppfølging av pasienten eller spesialisthelsetjenesten. Leistad helsehus har også 2 kriseplasser som kan brukes.

10.4.3. Etterlatte

Det er viktig at etterlatte sikres god krisehjelp og sorgstøtte. for at reduserer utvikling av alvorlige traumatiske etterreaksjoner, forlenget sorg og psykisk lidelse blant etterlatte.. Selvskading og selvmordsatferd som ikke ender med selvmord kan forårsake uro, frykt og usikkerhet blant familie, venner og kolleger. Ved første episode med selvmordsatferd eller selvpåført skade kan pårørende være i krise. Pårørende skal få god informasjon, mulighet til å stille spørsmål, omsorg og støtte. Pårørendes egne behov for hjelp og oppfølging bør vurderes.

Etterlatte ved selvmord får ofte økte belastninger i både psykisk og fysisk helse. De som opplever selvmord blant nærstående personer, har også større risiko for selvmordsatferd (særlig tanker og forsøk) enn etter tap ved naturlig død.

I tillegg til informasjon og sosial og følelsesmessig støtte til de etterlatte innledningsvis, er det viktig å fange opp dem som sliter med mer spesifikke problemer som komplisert sorg eller posttraumatiske reaksjoner og tilby dem profesjonell hjelp.

I Trondheim kommune er det barnevernvakta som får melding om oppfølging av pårørende etter et selvmord. De drar hjem til de pårørende eller overfører saken til Enhet for psykisk helse og rus hvis det er behov for hjelp i en lengre tid. Her har man også fokus på eventuelle barns situasjon.

10.5 Psykiske vansker hos eldre

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsehjelp (NAPHA) viser til at eldre er overrepresentert når det gjelder lettere psykiske lidelser. En norsk studie viser en forekomst av depresjoner på totalt 17 % blant eldre over 65 år, hvorav 6 % har alvorlige depresjoner. Forekomsten er enda høyere blant sykehjemspasienter. Vi vet også at eldre er storforbrukere av vanedannende legemidler. Studier viser at eldre over 65 år får utskrevet over halvparten av det som skrives ut i Norge av vanedannende legemidler som

benzodiazepiner og smertestillende (Midtflå, 2007). Dette er et paradoks når vi vet at eldre er spesielt sårbare for virkninger og bivirkninger av slike legemidler. Helse og velferd har derfor jobbet med å få redusert omfanget av legemidler i sykehjemmene de siste årene.

For at Trondheim skal kunne tilby gode helse- og velferdstilbud til alle sine innbyggere, er det viktig med god kompetanse og tilrettelegging. Rådmannen har inngått samarbeidsavtale med NTNU, psykologisk institutt om gjennomføring av praksisperioder for profesjonsstudenter i psykologi i helse og velferdstjenesten samt oppbygging av forskningskompetanse innenfor området «eldres psykiske helse».

Partene skal utvikle samarbeidet for å tilrettelegge ulike typer praksis for profesjonsstudenter i psykologi, samt oppbygging av forskningskunnskap om Eldres psykiske helse i Trondheim kommune, gjennom felles søknad om mulige forskningsprosjekt.

Avtalen skal bidra til:

- Å utvikle gode samarbeidsformer mellom partene, innenfor området «eldres psykiske helse i Trondheim kommune».
- Tilbud om praksisplasser samt gjennomføring av praksisperioder for profesjonsstudenter i psykologi, hhv. hovedpraksis, klinisk praktikum III og IV og ekstern samfunnspsykologisk praksis (praksisemnene er beskrevet i eget vedlegg).
- Samarbeid om å bygge opp forskningskompetanse innenfor Eldres psykiske helse.
- Eksempler på samarbeid kan være:
 - tilrettelegging for at master og profesjonsstudenter kan skrive master/hovedoppgaver innenfor aktuell tematikk i helse og velferdstjenesten
 - PhD/ dobbeltkompetanse stipender innenfor fagområdet

10.6 Mottaks- og oppfølgingscenter (MO-senter)

Det skal opprettes MO-senter for bedre samordning av tjenester til personer med rus- og psykiske problemer ved årsskiftet 2016/2017. MO-senter er et eksempel på organisering av tjenester som bidrar til bedre samordning. Det er i flere norske kommuner etablert ulike varianter av MO-sentre, men felles for alle er at de har som formål å sikre rask tilgang til hjelp og samle forskjellige tjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten under samme tak, jf. Stoltenberg-utvalget. Tiltakene varierer fra de som tilbyr utdeling av brukerutstyr og lavterskel helsetiltak, til behandlingsforberedende tiltak for unge.

Formålet med et MO-senter er å sikre kontinuitet og samordne hele behandlingsforløpet fra mottak, utredning, behandling og oppfølging fra en koordinator/kontaktperson i kommunen. MO-senteret skal være et lavterskeltilbud uten krav om henvisning og være lett tilgjengelig. Bruker kan selv henvende seg på eget initiativ eller etter råd fra andre. Målgruppen er personer med ruslidelse og psykisk lidelse (ROP- lidelse). De fleste har somatiske lidelser i tillegg. MO-senterets tilbud er for brukere med ROP- lidelse som ønsker endring og bedring

av sin livssituasjon. Målgruppen er også personer som har psykiske lidelser og rusmisbruk, men som ikke er diagnostisert.

10.6.1 Organisatorisk tilknytning

MO-senteret tilknyttes administrativt og faglig enhet for psykisk helse og rus. Ansatte ved enheten som oppfyller kompetansekravet tilbys arbeid ved MO-senteret. Enheten får ikke tilført nye årsverk for å etablere MO-senter.

10.6.2 Hva skal tilbys

MO-senteret skal være åpent på dagtid mandag til fredag. Ansatte skal kartlegge brukernes ROP-lidelse med standardiserte kartleggings- og utredningsverktøy i tråd med nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser. Ut fra gjeldende kartlegging planlegges i samråd med bruker tiltak som kan bidra til en forbedret livssituasjon.

10.6.3 Målsetting

Målet med MO-senteret er at:

- brukere skal sikres rask hjelp innen en uke etter henvendelsen
- avklare brukers økonomiske situasjon
- tilrettelegge for utredning og behandling
- iverksette boligsosiale tiltak
- iverksette kriminalitetsforebyggende tiltak
- inngå samarbeidsavtaler med NAV og kommunale enheter
- inngå samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten
- inngå samarbeidsavtaler med frivillige lag og organisasjoner

I tillegg etableres et særskilt samarbeid mellom MO-senteret og Gryta lavterskeltilbud for rusmiddelavhengige personer.

10.7 Kommunale korttids døgnplasser

Regjeringen har bestemt at kommunene er pliktig til å etablere akutte døgnplasser for personer (KAD) med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk i 2017, slik det ble innført for somatiske pasienter fra 1.1. 2016.

Rådmannen har utarbeidet en plan for etablering av KAD-tilbud for målgruppen. Det foreslås felles inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier for kommunale akutte døgnplasser for personer med psykiske lidelser og eller rusproblematikk. Arbeidsgruppen foreslår tilsvarende rutiner og prosedyrer som for KAD-tilbudet til somatiske pasienter. Det foreslås at lege skal ha innleggelsesmyndighet, oppholdets varighet begrenses til 3-5 døgn og KAD-tilbudet skal ha tilgjengelig sykepleier 24/7 – 365 dager med tilknyttet legetjeneste mandag til fredag.

Trondheim kommune har mange års erfaring med å tilby adskilte kommunale akutte døgntilbud for personer med psykiske lidelser og for rusmisbrukere. Slik er det også ved akutte innleggelse i spesialisthelsetjenesten, hvor det skiller mellom tilbud til personer med psykiske lidelser (psykisk helsevern) og rusmisbrukere (klinikk for rus- og avhengighetsmedisin).

På bakgrunn av tidligere års praksis foreslås en videreføring av adskilte tiltak for personer med psykiske lidelser og for rusmisbrukere. For personer med psykiske lidelser foreslås å videreføre dagens tilbud ved Østbyen helsehus, avdeling Leistad med 2 plasser. Tilbudet kan utvides til 4 plasser.

Arbeidsgruppen er kjent med at formannskapet i Trondheim kommune i møte 3. mai 2016 fattet vedtak om at rådmannen opprettholder kjøp av om lag 15 plasser med skjermede rehabiliteringsplasser til bruk for LAR-brukere og rusmisbrukere som ønsker eller trenger avstand fra rusmiljø og rusmisbruk. Rådmannen bes lyse ut anbud blant ideelle aktører for dette, og forlenger kontrakten med Frelsesarmeen for Furulund inntil dette er avgjort. Formannskapet ber rådmannen gjennomgå det planlagte bemanningsbehovet i Jarleveien 10 med sikte på å redusere bemanning og kostnader

Rådmann foreslår at det for personer med rusproblematikk taes i bruk 1-2 korttidsplasser ved institusjonen som skal levere de 15 skjermede rehabiliteringsplassene.

Dimensjonering av antall KAD-plasser er særlig knyttet til to forhold:

- 1) Om nabokommunene ønsker å samarbeide med Trondheim kommune
- 2) Statlig finansiering av KAD-tilbudet (avklares i statsbudsjettet for 2017)

10.8 Institusjonsplasser kommunal omsorg

Det skal i 2017 etableres inntil 15 skjermede rehabiliteringsplasser for personer som ønsker et rusfritt miljø. Plassene vil bli lagt ut på anbud til ideelle organisasjoner.

10.9 Natt krise tilbud menn

Formannskapet vedtok våren 2016 at det skal etableres et nattkrisetilbud med å minimum 5 plasser for menn. En av betingelsene fra formannskapet er at tilbudet skal være lokalisert i midtbyen. Det nye tilbudet vil avløse dagens tilbud ved Hveita med oppstart 1.3.2017.

10.10 Nye Jarleveien

Nye Jarleveien 10 ferdigstilles årsskiftet 2016/2017 med 44 leiligheter. Hovedmålsettingen med etablering er å dekke bolig- og tjenestebehovet til rusmiddelavhengige. Tjenestetilbudet gjelder oppfølgings- og helsetjenester. Jarleveien skal bidra til et mer stabilt boligtilbud for de som stadig mister sin bolig, de som har behov for helsehjelp ut over det som dagens tilbud kan gi samt et tilbud til de som stadig har behov for innleggelse i institusjon. Oppfølging fra

personalet i boligen består av praktisk bistand, boveiledning, helseoppfølging, råd, veiledning og bistand til kontakt med resterende hjelpeapparat.

10.11 Småhus

I løpet av planperioden skal rådmannen etablere 9 nye småhus.

Enheten har etablert 9 småhus spredt omkring i kommunen for personer som ikke er i stand til å bo tett sammen med andre. "Småhus" kan ligne på en "brakke", som inneholder ett rom for stue/kjøkken/soverom og eget bad og er beregnet for én person. Helse og velferd har god erfaring med denne type bolig for målgruppen og vil derfor etablere 3 nye småhus i løpet av 2016. Beliggenheten er viktig både ut fra beboernes behov, og for naboskapet. Generelt er etablering av boliger for rusavhengige blitt møtt med protester fra naboer. Utfordringen er å finne egnede tomter.

10.12 Narkotikadomstol med domstolskontroll

Tiltaket har blitt landsdekkende og straffereaksjonen er gjort permanent fra 1.januar 2016, etter å ha vært et prøveprosjekt i Bergen og Oslo i 10 år. Trondheim kommune skal bidra i delta i Narkotikadomstol med domstolskontroll. Målgruppen for narkotikaprogrammet er rusmiddelmissbrukere som begår rusmiddelrelatert kriminalitet og som ønsker å gjøre noe med rusproblemene sine. Prøveordningen Narkotikaprogram med domstolskontroll innebærer at rusmisbrukere kan dømmes til å gjennomgå et rehabiliteringsprogram i stedet for en ubetinget fengselsstraff. Trondheim kommune har søkt helsedirektoratet om midler til å tilsette personale som kan delta i dette arbeid. Det forventes oppstart i 2017. I Bergen og Oslo er det ND-sentre. I landet for øvrig er det friomsorgen som har ansvar for straffegjennomføringen.

Gjennomføringen av narkotikaprogrammet krever en felles innsats og et forpliktende samarbeid mellom ulike sektorer og forvaltningsnivåer. Det er samarbeid mellom fagpersoner fra kriminalomsorgen, den kommunale sosialtjenesten, opplæringssektoren og spesialisthelsetjenesten, samt koordinering opp mot andre etater.

11 Handlingsdel/tiltak

11.1 Tiltak 0-5 år

Nr	Tiltak	Beskrivelse	Samarbeids- partnere	Ansvar
1	Program for helsestasjon	Gjennomføring av det nasjonale programmet	BFT og Helse og velferd (HV)	BFT v/helsestasjonene
2	Samhandling og videreutvikling av tiltak og metoder til de risikoutsatte barna og deres familier	Tverrfaglig satsing mellom BFT og HV	BFT, Helse og velferd, barnehager, og spesialist-helsetjenesten	BFT v/prosjektleder
3	Familie-støttende tiltak	ICDP COS	BFT og barnehager	Ledere i BFT og ledere barnehage
4	Familie-avdelinger	Tiltak for barn 0 - 1 år for familier i risiko	BFT og HV	BFT bydel
5	Samarbeid med Kirkens Bymisjon	Home Start - frivillige støtter og bistår familier	Barnehager og BFT	Kirkens Bymisjon
6	Ambulerende team	Utrede muligheter for å etablere ambulerende team mellom TK og Bup	Trondheim kommune i samarbeid med St. Olavs Hospital BUP	Rådmannen
7	Utvikle godt læringsmiljø i barnehagen	Felles satsing innen OU tiltak se vedlegg	Barnehagene og BFT	Barnehagene
8	Forpliktende samarbeid med HV	Utvikle samarbeidet med "barneansvarlige" i	Samarbeid mellom HV og BFT	BFT bydel og enhetsleder HV

	v/Enhet for psykisk helse og rus	HV		
9	Flerfaglig blick i barnehagen	Kompetanseutvikling	Samarbeid mellom barnehager og BFT	Barnehagen og BFT
10	Bidrag til økt oppmerksomhet om psykisk helse	Utarbeide informasjon til barnehager og helsestasjoner	Samarbeid mellom kommunale etater og frivillige	Rådmannen v/læringscenteret

11.2 Tiltak 6 - 12 år

Nr	Tiltak	Beskrivelse	Ansvar
1	Program for skolehelsetjenesten	Tiltak og og prosjekter retter seg mot hele gruppen og barn i risiko	BFT bydel
2	Zippies venner ⁴	Program ledet av Voksne for barn	Voksne for barn og skolen
3	Ulike gruppetilbud	Program i skolehelsetjenesten og i BFT familietiltak	BFT bydel
4	Ambulerende team	Utvikle samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og TK	Rådmannen
5	Godt læringsmiljø i skolen	Felles satsing i OU tiltak se vedlegg	Skole og BFT
6	Nettbruk	Målet er at barn og unge, foreldre og lærere får kunnskap om den digitale hverdagen barn lever i.	Oppvekstkontoret

⁴ Zippys venner er et tiltak for å jobbe systematisk med å fremme god psykisk helse og et godt psykososialt miljø. Målsettingen i programmet er å lære barna å mestre dagliglivets problemer, identifisere og snakke om følelser og støtte andre som har det vanskelig. Forskning i Norge viser at programmet gir økt mestring, bedre faglig fungering, bedre klassemiljø og mindre mobbing

7	Vurdere oppfølging av TIM-studie ⁵	Gruppetilbud til barn som engstelige/triste - 3. - 6. trinn. Prosjekt støttet av Norges Forskningsråd og gjennomføres av NTNU og Trondheim kommune	Studien avsluttes juni 2016. Trondheim kommune sammen med NTNU vurderer oppfølging.
---	---	--	---

11.3 Tiltak 13-20 år

Nr	Tiltak	Beskrivelse	Ansvar
1	Program for skolehelsetjenesten	Tiltak og og prosjekter retter seg mot helse gruppen og barn i risiko	
2	Ulike gruppetilbud for mestring	Program i skolehelsetjenesten og i BFT familietiltak	BFT
3	“Psykisk helse på timeplanen”	Iverksettes sammen med NTNU	Rådmannen og NTNU
4	Nettbruk	Målet er at barn og unge, foreldre og lærere får kunnskap om den digitale hverdagen barn lever i.	Oppvekstkontoret
5	Ambulerende team	Samarbeid mellom Bup og TK	Rådmannen
6	Godt læringsmiljø i skolen	Felles satsing i OU tiltak se vedlegg	Skole og BFT
7	Respekt, MOT og Det er ditt valg.	Dette er program som hovedsakelig styrker ungdom til selv å bidra til ivaretagelse av hverandre, og til å ta egne og rette valg.	Skolene

⁵ Tidlig Intervensjon Mestrende barn (TIM) er et nytt lavterskelprogram i skolen for barn som er i risiko for angst og depresjon. RBUP Øst og Sør, RKBU Midt-Norge og RKBU Nord har startet en studie for å undersøke effekten av programmet. Les mer om studien [her](#).

8	Lavterskeltilbud psykisk helse i samarbeid med Mental helse Ungdom "En som lytter"	Opprette lavterskeltilbud samtaletilbud for ungdom fra 15 - 30 år	HV og BFT
9 ⁶	OBU - Omsorgsstasjonen for barn og unge	Lavterskeltilbud som gjennomføres i samarbeid med Kirkens Bymisjon	Rådmannen
10	Forebygge frafall fra VGS samarbeidet mellom VGS og NAV	Utvikle partnerskapet mellom STFK, TK, NAV og NHO	Alle i partnerskapet
11	Utvikle brukermedvirkning	Utvikle samarbeidet med Forandringsfabrikken og Mental helse Ungdom Brukerundersøkelser	Rådmannen
12	Videreføre hasj avvenningskurs	Kurset gjennomføres av Utekontakten	BFT v/Utekontakten
13	SLT - samarbeidet skal videreføres.	Tettere samarbeid mellom SLT-koordinator, skolene og bydelene - Ungdomstjenestene møter på skolene	SLT koordinator, rektor og BFT bydel

11.4 Tiltak voksne

Nr	Tema /beskrivelse av tiltak	Ansvar
1.	Forebygging Forebygge at livskriser og andre belastninger utvikler seg til psykiske problemer. Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig.	
1.1	Sikre god oppfølging av etterlatte / pårørende til rusmiddelavhengige og personer med psykiske lidelser.	Enhetsledere

⁶ Tiltaket er lagt inn etter politisk behandling, og i tråd med vedtaket.

1.2	Inngå samarbeid med Antidoping Norge, Sør-Trøndelag, politiet, idretten og treningssentre for å etablere et samarbeid med formål å øke fokuset og kunnskapen om problematikken rundt dopingmisbruk i Trondheim.	Rådm/ enhetsledere
2.	Tidlig innsats Tidlig innsats for å redusere skadelig drikkemønster og begrense skader av alkohol og andre rusmidler Tidlig innsats for å forhindre at psykiske vansker utvikler seg til psykiske lidelser.	
2.1	Kommunale akutte døgnplasser(KAD) for personer med psykiske vansker og rusmiddelavhengige er implementert fra 2017	Rådmannen
2.2	Etablerer ny nettside om psykisk helse og rus.	Enhetsledere
2.3	Styrke mestringstilbudet med 3 årsverk	Rådmann
2.4	Etablere "raskere psykisk helsehjelp" fra 2017	Rådmann
2.6	Styrke samarbeidet mellom NAV og HV om personer med økonomiske problemer og psykiske problemer eller en ruslidelse.	Rådmannen og enhetsledere
2.7	Det skal legges til rette for at brukere kan delta i selvhjelpsgrupper som kan bidra med mestring og et supplement til behandling.	Enhetsledere
2.8	Utprøve velferdsteknologi for personer med psykiske lidelser og rusmiddelavhengige	Rådmannen
2.9	Trondheim kommune har etablert et lavterskeltilbud med fokus på frisklivs- og mestringsstrategier for flykting med psykososiale utfordringer	Rådmannen
2.10	Styrke arbeidet med studentenes helse, Trondheim kommune gir 500.000 kr i støtte for 2017 til SIT	Rådmannen
2.11	Kurs om depresjon for eldre (KiD)	Enhet for ergoterapitjeneste
2.12	Samarbeid med NTNU, psykologisk institutt om praksisplasser for studenter i helse og velferdssenter. Kartlegging av psykiske symptomer og vurdering av hjelpetiltak.	Rådmannen

3	Oppfølging etter behandling Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat	
3.1	Personer som har vært i rusbehandling skal få tilbud om rusfrie tiltak.	Rådmannen
3.2	Flere trenings og fysisk aktivitetstilbud skal etableres for personer med psykiske lidelser eller ruslidelse.	Enhetsledere
3.3	Housing first skal bosette minimum 10 bostedsløse pr år i planperioden.	Enhetsledere
3.4	Redusere antall overdoser og overdosedødsfall i Trondheim i planperioden.	Enhetsledere
3.5	Sikre god oppfølging av personer som har hatt overdoser.	Enhetsledere
3.6	Sikre en oppfølging av personer som har vist selvmordsatferd ved alvorlige trusler eller ved forsøk på selvmord.	Enhetsledere
3.9	Sikre en god oppfølging til etterlatte etter selvmord.	Enhetsledere
4	Brukermedvirkning Brukere opplever reell medvirkning i utforming av tjenester og innhold. Sikre reell brukerinnflytelse gjennom brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning av utforming av tjenestetilbudet	
4.1	Bruker skal medvirke i valg av tjenester og utforming av tjenestetilbud.	Enhetsleder
4.2	Etablere brukerråd for psykisk helse og rusenhetene.	Enhetsleder
4.3	Det gjennomføres brukerundersøkelse annet hvert år på enhetene for psykisk helse og rus og helse og velferdskontor.	Enhetsleder
4.4	Enhetene for psykisk helse og rus benytter erfaringskonsulent.	Enhetsleder
4.5	Invitere til felles møte med frivillige lag og organisasjoner for å utvikle samarbeid om tiltak.	Rådmannen

5	Kunnskapsbasert praksis Alle ansatte har god kompetanse for å møte brukernes ulike behov.	
5.1	Ansatte ved enhetene for psykisk helse og rus får opplæring i recovery, empowerment og motiverende intervju.	Enhetsleder
5.2	Etablere Mottaks og opplæringscenter(MO-senter) i 2017	Enhetsleder
5.3	Styrke kompetansen hos brukere, pårørende og fagfolk for at forebygge overdoser.	Rådmann og enhetsleder
5.4	Ansatte og fastleger som arbeider med selvmordsforebyggende arbeid og oppfølging av pårørende skal ha nødvendig kompetanse. De skal få tilbud om VIVAT kurs eller lignende.	Enhetsleder
5.5	Samhandlingen med spesialisthelsetjenesten skal bygge på brukernes kompetanse som en del av fagperspektivene og sørge for at personer med rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser får gode akutt- og krisetjenester hele døgnet.	Rådmannen og enhetsledere

12 Vedlegg

12.1 Vedlegg 1 Psykisk helsearbeid i grunnskolen 2013-2015

Med utgangspunkt i Plan for psykisk helsearbeid 2012 -2015 og Veileder for psykisk helsearbeid i kommunen (Helsedirektoratet IS – 1405) drøftet en faggruppe behovene for nye tiltak i arbeidet med barn og unges psykiske helse i skolen. Faggruppen bestod av en rektor, en skolelege, en psykolog, en helsesøster og leder for poliklinikken ved BUP i Klostergata.

Videre ble utfordringene drøftet i arbeidsutvalget til rektorene sammen med rådmannens fagstab og kommuneoverlegen. Rådmannen og lederne i BFT vedtok følgende i sitt møte 14. juni 2014 om psykisk helsearbeid og psykososiale team:

«Skoler og BFT sine rutiner ved mistanke om psykiske plager hos barn og unge gjennomgås med tanke på å inkludere fastlegen i tiltaksapparatet. Skoler og BFT sine rutiner ved mistanke om subakutt/akutt psykisk lidelser hos barn og unge tydeliggjør at fastlegen skal kontaktes straks, etter avtale med foreldre. Rutinene behandles i samarbeidsorgan mellom kommunen og fastlegen for anbefaling og implementering. Det er behov for ytterligere satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid i barnehage og skole i forhold til barn og unges psykiske helse.

Dette vil inngå i satsingen på Helsefremmende barnehager og skoler og følge plan for helsefremmende og forebyggende arbeid og prosjektkort folkehelse» Det utvikles en felles prioriteringsnøkkel for psykisk helsearbeid for barn og unge for alle bydelene. Psykososialt team etableres i BFT. Teamet prosjektorganiseres på tvers av bydelene»

Tiltak vedtatt i 2013	Ansvar	Status pr 1/4 2016	Videreføres
Opplæringspakke i skolen om barns psykisk helse	Prosjektleder og samarbeidspartnere	<p>2 fagseminar, målgruppe skole:» Internale vansker – utfordringer i skolen» v/ Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – psykisk helse og barnevern NTNU</p> <p>Fagseminar, målgruppe grunnskole: «Barndommen kommer ikke i reprise» – BLD – Strategiplan 2014 -2017</p> <p>3 fagseminar «Ung i Trondheim» målgruppe, ungdomsskole, helsetjenester, NAV, Helse og velferd og ungdomstjenester i BFT med utgangspunkt i Ungdomsundersøkelsen</p>	<p>Rapport: 2013 «Forebyggende tiltak i forhold til barn og unges psykiske helse som kan benyttes av skolehelsetjenesten » Rapport: NTNU v/ Undheim, Eng og Skotheim.</p> <p>Høsten 2016 i samarbeid med NTNU og Smiso: Ungdom og seksualitet: 8. klassetrinn i ungdomsskolen – bydelsvis undervisning</p>
Universale program i skolen som retter seg mot sosial kompetanse og	Prosjektleder, Smiso, Ila skole og fagleder helse	Zippys venner – 3 workshop og flere nettverkssamlinger i	Følges opp av Læringssenteret og Ila skole

redskaper til å snakke om følelser og måter å håndtere disse		Trondheim i samarbeid med Voksne for barn «Kroppen min og meg» tilbud til skolene, 14 dagers intervensjon i 2. 5. og 8. trinn eller dagsseminar	Følges opp av SMISO og Læringscenteret
Etablere spesialiserte team som kan utrede og gi bistand til barn med psykiske plager – med utgangspunkt i ressurser og kompetanse som finnes i bydelene	Prosjektleder og fagledere helse i bydelene	Team er etablert i hver bydel - Kick off den 18. mars 2016	Koordinator/ nettverk og fagledere følger opp videre utvikling og implementering
Kartlegge elever som har symptomer på angst og mistrivsel i skolen i samarbeid med skole og helsesøster TIM - Mestrende barn Trondheim kommune ved 6 skoler deltar i landsomfattende studie - 2 årig prosjekt	Fagledere helse og koordinatorene for psykososiale team Prosjektleder og fagstab	Fagdiskusjon i prosjektgruppa om hva er kartleggingsredskap: utredningssamtaler med foreldre og elever eller mer presise redskap som HUMØRET DITT og andre som skolehelsetjenesten kan bruke tidlig for å avdekke plager som kan føre til psykiske lidelser Eget notat følger om TIM studien	Beslutning Dersom forskningen viser seg at tiltaket er virksomt, vil Mestrende barn, tilbudt i 1. linjen, kunne føre til at barn/elever i grunnskolen med symptomer på angst og depresjon identifiseres, og gis hjelp tidlig.
Lage forløpsanalyse for		Viser til prosjektet Skolevegringsatferd –	Videreføres

elever med psykiske plager		Bekymringsfullt skolefravær	
Tydeliggjøre skolelegens og fastlegens rolle i arbeid med elevers psykiske helse, og vurdere utforming og funksjon for skolehelsetjenesten og skolelegen i kommunen Prioriteringsnøkkel psykisk helse i BFT	Prosjektleder og kommuneoverlegen , fagstab Kommuneoverlegen	Arbeidsgruppe er i gang	Videreføres
Ny samarbeidsavtale med barne- og ungdomspsykiatrien	kommuneoverlegen		Videreføre den gamle med konsultasjon i hver bydel, eller ny avtale knyttet til deltagelse i psykososialt team (avtale med BUK?)