

EIGERSUND KOMMUNE

Helse- og omsorgsutvalget

MØTEINNKALLING

Utvalg:	Helse- og omsorgsutvalget		
Møtested:	Formannskapssalen		
Dato:	21.09.2010	Tidspunkt:	18:00

Saksliste:

Sak nr.	Sakstittel	L
	Avgjøres av kommunestyret:	
020/10	Interkommunalt samarbeid om drift av kommunalt krisesenter i Stavanger	
021/10	Fremtidig personaldekning på Egersund legevakt.	
	Avgjøres av utvalget:	
022/10	Godkjenning av protokoll fra helse- og omsorgsutvalgets 21.9.2010 møte 1.6.2010	
023/10	Møteplan for 2011	
024/10	Referatsaker til helse- og omsorgsutvalgets møte 21.9.2010	
025/10	Spørsmål/orienteringer i helse- og omsorgsutvalgets møte 21.9.2010	

Egersund, 14. september 2010

Kjell H. Fredriksen
Utvalgsleder

Målfrid Espeland
Målfrid Espeland
Utvalgsekretær

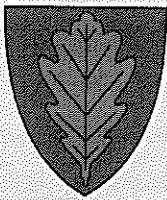
Administrative meldinger – Innkalling av varamedlemmer:

Vær oppmerksom på at den enkelte representant selv er ansvarlig for å følge med på eventuell inhabilitetsproblematikk i den enkelte sak. Den enkelte representant må selv kontrollere om det foreligger inhabilitet i noen saker og eventuelt varsle om dette til møtesekretæren. Dette uavhengig av om det har vært inhabilitet ved tidligere behandlinger av saken(e).

- Eventuelle forfall meldes til tlf. **51 46 80 25 / 489 98 717**, Målfrid Espeland eller til kommunens sentralbord **51 46 80 00**.
- Følgende varamedlemmer innkalles, andre møter kun etter nærmere avtale

Tommy Bjellås (FRP) – for Jane Beate Espnes (FRP)

Møtet er åpent for publikum og holdes på rådhusets 4. etasje. Publikum som ønsker å følge en sak må beregne å være tilstede fra møtets start, da saksrekkefølgen kan bli endret uten varsel. Saksdokumentene er tilgjengelige på hovedbiblioteket, rådhusets 4 etasje og på kommunens nettside.



Dato: 23.07.2010
Arkiv: :FA-H43
Arkivsaksnr.:
09/2708
Journalpostløpenr.:
10/18785

Avdeling:
Enhet:
Saksbehandler:
Stilling:
Telefon:
E-post:

Levekårsavdelingen
Levekårsstaben
Anne Brit W. Tengesdal
Helsefaglig ansvarlig
51 46 80 73
anne.brit.tengesdal@eigersund.kommune.no

Saksnummer	Utvalg/komite	Møtedato
	Helse- og omsorgsutvalget	
	Felles brukerutvalg	15.09.2010
	Kommunestyret	04.10.2010

Interkommunalt samarbeid om drift av kommunalt krisesenter i Stavanger

Sammendrag:

Krisesenteret i Stavanger ble kommunalt fra 01. januar 2010, med Stavanger kommune som vertskommuneansvarlig. Kommunene i Rogaland er invitert til å inngå forpliktende avtaler om driften av krisesenteret.

Det foreligger et forslag til standardavtale mellom Stavanger kommune og Eigersund kommune angående krisesentertilbud for personer bosatt i Eigersund kommune, jfr. vedlegg.

Saksgang:

Helse – og omsorgsutvalget XX.XX.2010.

Brukerutvalget 15.09.2010.

Kommunestyret 04.10.2010.

Rådmannens forslag til vedtak 23.07.2010:

Brukerutvalget avgir uttalelse, og Helse og omsorgsutvalget innstiller til kommunestyret.

1. Eigersund kommune fortsetter samarbeidet med Stavanger kommune om drift av interkommunalt krisesenter i Stavanger utover 2010, under forutsetning av at statstilskuddet på 80 % av samlede driftsutgifter til krisesenteret inngår fullt ut i rammetilskuddet fra staten til kommunene fra 2011.
2. Økte utgifter fra 2011 tilføres kommunen via rammetilskuddet fra staten og innarbeides i økonomiplanen for perioden 2011 – 2014.
3. Rådmannen får fullmakt til å inngå samarbeidsavtale med Stavanger kommune.

Eventuell tidligere politisk behandling:

Andre opplysninger / fakta i saken:

01.01.2010 trådte den nye krisesenterloven i kraft. Lovens formål er å sikre et godt og helhetlig krisesentertilbud til personer utsatt for vold eller trusler om vold, i nære relasjoner. Loven gir kommunene et ansvar å sørge for krisesentertilbud og samordning av tiltak overfor brukerne. Det innebærer at kommunene skal sørge for at voldsutsatte gis helhetlig hjelp og oppfølging, herunder tilbud om:

- Krisesenter eller tilsvarende gratis heldøgns-, trygt og midlertidig botilbud, hvor både kvinner, barn og menn mottar støtte og veiledning.
- Gratis dagtilbud, hvor brukere mottar støtte og veiledning.
- Telefonvakt/ heldøgns- råd og veiledning per telefon.
- Informasjon om rettigheter og bistand til kontakt med øvrige tjenesteapparat.
- Oppfølging i reetableringsfasen.

Eigersund kommune har tidligere bidratt med økonomisk støtte til krisesenteret i Stavanger som frem til 01.01.2010 var drevet som en privat stiftelse. Krisesenteret i Stavanger ble kommunalt fra 01.januar 2010, med Stavanger kommune som vertskommuneansvarlig. Krisesenteret i Stavanger har samarbeidet med 18 kommuner, herunder Eigersund. Stavanger kommune, som ny eier, har invitert disse kommunene til å fortsette samarbeidet med Stavanger som vertskommune. Stavanger krisesenter etableres etter en *vertskommunemodell* hvor Stavanger kommune er vertskommunen som påtar seg faglig, administrativt og økonomisk ansvar for driften. De samarbeidende kommunene yter tilskudd og samarbeide med vertskommunen om drift av senteret i henhold til inngått samarbeidsavtale.

2010 er et overgangsår når det gjelder finansiering av krisesentertilbudet. Hensikten med overgangsåret er å gi kommunene og de eksisterende krisesentrene en viss tid til omstilling og tilpasning som følge av den nye loven. Utgiftene til kommunene vil følge innbyggertall som fordelingsnøkkel. Ordningen med 20 % betaling fra kommunene og 80 % fra staten er videreført i 2010. Fra 2011 vil midler fra staten komme som en del av rammetilskuddet for kommunene. I 2010 er Eigersund kommune sin tilskuddsdel 56 574 kr mens den i 2011 vil utgjøre ca. 449 000 kr. Økonomisk driftstilskudd på 56 574 kr for driftsåret 2010 er bevilget over godkjent driftsbudsjett 2010.

I den nye krisesenterloven pålegges kommunene å gi krisetilbud også til menn. Stavanger kommune arbeider med en ide om å prosjektdrive dette i en toårsperiode for å kartlegge behovet menn har for krisesentertilbud. Dette vil de komme nærmere tilbake til.

Saksbehandlers vurderinger:

Eigersund kommune har en lovmessig plikt til å tilby krisesentertjenester. Ut fra innbyggertall vil ikke kommunen være i stand til å organisere og drive et eget senter. Ut fra faglige og økonomiske hensyn anses et interkommunalt samarbeid mest hensiktsmessig. Eigersund kommune forplikter seg til å bistå krisesenteret i arbeidet med å reetablere brukerne i kommunen etter opphold i krisesenter. Oppholdet i krisesenter bør ikke overstige 3 mnd. Det anses ikke realistisk å etablere lokalt krisesenter på grunn av tiltakets kompleksitet og ressursbehov, ei heller på Dalanenivå. Bjerkreim har allerede vedtak på å slutte seg til forannevnte.

Universell utforming:

Ikke aktuelt.

Økonomiske konsekvenser:

Driften av krisesentrene er til og med for 2010, finansiert av offentlig tilskudd fra kommune (20 %) og stat (80 %). Statstilskuddet utløses på grunnlag av innvilget kommunalt tilskudd.

I henhold til samarbeidsavtalen skal deltakende kommuner i 2010 betale 4,05 kr. pr. innbygger. Fra 2011 vil tilskuddet innlemmes i rammetilskuddet til kommunene, og være på 32,12 kr pr. innbygger. Dette vil utgjøre 448 684 kr for Eigersund kommune.

Driftsmessige forhold	Inneværende år	Neste år	År 3
	56574	448684	Ca 448 684
Sum			

~ 0 ~

Alternative løsninger:

Eigersund kommune oppretter eget krisesenter som sikrer et godt og helhetlig krisesentertilbud til personer utsatt for vold eller trusler om vold, i nære relasjoner. Dette anses som lite realistisk, men dog mulig.

~ 0 ~

Dokumenter - vedlagt saken:

Dok.nr	Tittel på vedlegg
100519	Invitasjon til interkommunalt samarbeid om drift av kommunalt krisesenter i Stavanger
100520	Oversikt - foreløpig kommunale kostnader
114952	Avtale

Journalposter i arkivsaken – ikke vedlagte dokumenter				
Nr		Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
1	I	20.10.2009	Stavanger kommune	Invitasjon til interkommunalt samarbeid om drift av kommunalt krisesenter i Stavanger
2	I	02.12.2009	Stavanger kommune	Invitasjon til interkommunalt samarbeid om drift av kommunalt krisesenter i Stavanger
3	U	21.12.2009	Stavanger kommune	Svar på invitasjon til interkommunalt samarbeid om drift av kommunalt krisesenter i Stavanger
4	I	11.03.2010	Stavanger kommune	Ønske om å inngå samarbeidsavtale - interkommunalt samarbeid om drift av kommunalt krisesenter i Stavanger
5	I	19.03.2010	homofile, bifile og transpersoner LLH - Landsforeningen for lesbiske	Krisesentertilbud til voldsutsatte menn - det er nå toget går for kommunene
6	I	28.04.2010	Krisesenteret i Stavanger	Referat fra stormøte krisesenteret i Stavanger 15.04.10
7	U	30.04.2010	Stavanger kommune	Økonomisk tilskudd til drift av krisesenteret i Stavanger
8	I	02.06.2010	Bjerkreim kommune	Møte i samarbeidsutvalget for Krisesenteret 16.juni - oppnevning av representant fra Dalane
9	I	09.06.2010	Barne- og likestillingsdep.	Implementering av krisesenterloven - oppfølging av regionsamlingene
10	I	15.06.2010	Oppvekst og levekår	Planlagt stormøte Stavanger Krisesenter 16. juni

		Stavanger kommune	UTSETTES
--	--	-------------------	----------

Parter i saken:

	Eigersund kommune	Postboks 580, 4379 Eigersund			
	Oppvekst og levekår Stavanger kommune	Pb 8001	4068		



STAVANGER KOMMUNE

Oppvekst og levekår
Oppvekst og levekår

Postadr.: Postboks 8001, -0688 Stavanger
Besøksadr.: Ny Olavsleiv 6
Telefon: 64005, Faks: 51507004
E-post: postmottak.oppvekst@stavanger.kommune.no
www.stavanger.kommune.no
Org.nr. NO 964 965 226

«f1»
«f3»
«f4»
«f5» «f6»

DERES REFERANSE: VÅR REFERANSE: AKTIVNR. DATO
66051609 1143 02.12.2009

INVITASJON TIL INTERKOMMUNALT SAMARBEID OM DRIFT AV KOMMUNALT KRISESENTER I STAVANGER

Stavanger kommune ønsker med dette invitere overnevnte kommuner i Rogaland til å delta i drift av kommunalt krisesenter i Stavanger.

I møte 11. juni 2009 sak 3 164/09 vedtok Stavanger formannskap at krisesenteret i Stavanger skulle gjøres kommunalt fra 1. januar 2010 etter nærmere avklaring med Stiftelsen Krisesenteret i Stavanger. Dette er gjennomført og Krisesenteret i Stavanger blir kommunalt fra 01. januar 2010.

Den nye Krisesenterloven som trer i kraft fra 1. januar 2010 pålegger kommunene å sørge for et krisesentertilbud som skal kunne nyttes av personer som er utsatt for vold eller trusler om vold i flere relasjoner. Krisesenteret i Stavanger samarbeider pr. i dag med 18 kommuner, og Stavanger kommune ønsker å forsette dette samarbeidet. Dette brevet erstatte tidligere søknad om økonomisk støtte til krisesentertilbud for 2010 fra Stiftelsen Krisesenteret i Stavanger.

Vedtatt ligger en foreløpig oversikt over hva krisesentertilbudet vil koste hver kommune. Det er lagt opp til betaling med innbyggertall som fordelingsnøkkel. Ordningen med 20 % betaling fra kommunene, og 80 % fra staten blir videreført som en overgangsordning for 2010. Fra 2011 vil midler fra staten komme som en del av rammetilskuddet for kommunen. Vedlagt er derfor også oversikt over antatt betaling pr kommune for 2011.

Krisesenterloven pålegger kommunene å gi krisesentertilbud også til menn. I dialog med de ansatte ved krisesenteret har Stavanger kommune en idé om å prosjektdrive krisesenter for menn over en toårs periode for å kartlegge behovet menn har for krisesentertilbud. Dette er enda tidlig i planleggingsstadiet, men Stavanger kommune vil komme med et forslag til driftsmodell og økonomi i god tid for søknadsfrist om statlige midler 1. april 2010. Det er vanskelig å si noe nøyaktig av kostnaden på dette så tidlig i prosessen, men et stipulert tall for 2010 vil utgjøre 1.50,- pr innbygger ut fra de forutsetninger som ble lagt til grunn på samarbeidsmøte 09.11.2009.

Vi håper at dere ønsker å delta, og ber om tilbakemelding innen utgangen av 2009. Tidlig i 2010 vil det bli invitert til et felles møte for kommunene som ønsker å fortsette samarbeidet med kommunalt krisesenter i Stavanger.

Med hilsen

Per Haarr
direktor

Marit Bore
levetårsjef

Inger Elvik
saksbehandler

vedlegg 1

Oversikt over foreløpige kommunale kostnader fordelt etter innbyggertall

	2010	2011
Budsjett	9 288 758	10 281 419
Stat	5 185 524	
Stat tilleggsbevilgning pga. lovpålegg	280 683	
Kommuner	1 296 381	10 281 419
Stavanger	492 521	390 611
Sandnes	2 568 96	2 037 404
Sola	89 408	709 081
Klepp	66 218	525 162
Hå	64 593	512 282
Time	64 136	508 652
Eigersund	56 574	448 684
Strand	44 732	354 765
Cjesdal	40 374	320 204
Randaberg	39 961	316 928
Kennesøy	15 746	124 883
Sokndal	13 146	104 262
Lund	12 600	99 925
Finøy	11 300	89 615
Hjelmealand	10 939	86 756
Bjerkreim	10 449	82 870
Forsand	4593	36 424
Kvitsoy	2195	17 409
	4,05 pr innb	52,12 pr innb

Krisessentertilbud til menn – økonomisk oversikt

- 4, 65 årsverk dekker en på jobb til hver tid
- Kurs
- Informasjonsmaterieil
- Administrasjonskostnader
- Husleie
- Driftskostnader

vareegg 2

Oversikt over foreløpige kommunale kostnader krisesenter for menn

Budsjett	2387849	2464260
Stat	1910279	
Kommuner	477570	2464260
Stavanger		
Sandnes		
Sola		
Klepp		
Hå		
Time		
Eigersund		
Strand		
Gjesdal		
Randaberg		
Rennesøy		
Sokndal		
Lund		
Finøy		
Hjeltnes		
Bjerkreim		
Torsand		
Kviteseid		
	1,50,- pr innbygger	7,70 pr innbygger

Stavanger. Planer for fremtidig drift og forslag til budsjett for påfølgende år vil bli presentert på stormøtet.

Samarbeidsutvalg

I tillegg til stormøte opprettes det et samarbeidsutvalg. Samarbeidsutvalget skal være en arena for drøfting av faglige og økonomiske spørsmål ved driften av Kribsesenteret i Stavanger. Samarbeidsutvalget sammensettes av fem personer, en fra Stavanger som vertskommune og fire fra de samarbeidende kommunene, herunder en fra Sandnes som den største kommunen og tre som velges av de øvrige kommunene. Stavanger som vertskommune leder utvalget. Samarbeidsutvalget møtes minst fire ganger i året.

7. Økonomi

Antall innbyggere pr. 01.07 hvert år legges til grunn for betaling for kalenderåret. Beregningsgrunnlaget er totalt antall innbyggere i kommunen.

I 2010 dekker staten 80 % av driften. For 2010 blir dermed kostnad pr. innbygger for krisesenteret til kvinner og barn kr 4,05. Som følge av stor pågang og fordi krisesenteret skal gi tilbud til menn vil det bli søkt om økt statlig tilskudd til styrking av bemanningen i 2010.

Fra 2011 vil midter fra staten legges inn i rammetilskuddet. Kostnadene pr. innbygger vil dermed bli en bruttokostnad.

Prisen kan justeres en gang pr. år i tråd med endringer i lønnsforhold, konsumprisindeks og driftskostnader.

8. Avtaleperiode

Avtaleperioden er fra 1.1.2010 og inntil videre.

9. Oppsigelse


Begge parter kan si opp avtalen uten nærmere begrunnelse med 1 års varsel.

Ved uenighet om forståelsen av avtalen, avgjøres uenigheten av et forum bestående av rådmenn eller annen bemyndiget person fra Stavanger og Eigersund.

Dato 12.03.2010

Stavanger

Eigersund


Per Hadrav
direktør

Avtale mellom Stavanger kommune og Eigersund kommune angående krisesenteret for personer bosatt i Eigersund kommune.

Avtalen tar utgangspunkt i at alle kommuner fra 1.1.2010 skal søge for et krisesenteret som skal kunne nyttes av personer som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner, og som har behov for rådgivning eller et trygt midlertidig botilbud. Stavanger kommunale krisesenter, heretter benevnt med Kribsesenteret i Stavanger, vil tilby tjenester til personer bosatt i Eigersund kommune.

1. Avtalens formål

Avtalens formål er å regulere samarbeidet mellom Stavanger kommune som vertskommune for krisesenteret i Stavanger og Eigersund kommune om krisesenteret til personer bosatt i Eigersund kommune.

2. Avtaleparter

Stavanger kommune heretter benevnt Stavanger og Eigersund kommune heretter benevnt Eigersund.

3. Oppdraget omfatter

Krisesenteret til personer som er utsatt for vold og trusler om vold i nære relasjoner, og som har behov for rådgivning eller et trygt og midlertidig botilbud.

Krisesenteret i Stavanger gir brukerne støtte, veiledning, hjelp til å ta kontakt med andre deler av tjenesteapparatet.

Tilbudet er et trygt midlertidig botilbud som er åpent hele året. Tilbudet er gratis.

Eigersund forplikter seg til å bistå krisesenteret i Stavanger i arbeidet med å reetablere brukerne i kommunen etter endt opphold. Oppholdet bør ikke overstige 3 mnd.

4. Lovgrunnlag

Lov om kommunale krisesenteret (krisesenterlova).

5. Bemanning

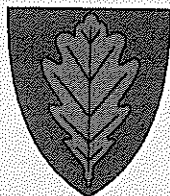
Krisesenteret i Stavanger har for tiden 14, 5 årsverk. Omrent halvparten er høyskoleutdannet. De ansatte er delt inn under 4 fagområder; barn, brukere med minoritetsbakgrunn, brukere med etnisk norsk bakgrunn, og psykisk. Hver av gruppene er ledet av en fagkoordinator som har ansvar for opplæring og veiledning.

Krisesenteret kan ikke gi tilbud til personer som er til fare for seg selv og andre.

6. Samarbeidsfora

Stormøte

For å sikre et godt samarbeid mellom Stavanger som vertskommune og kommunene som er tilknyttet krisesenteret i Stavanger møtes alle kommunene årlig til et stormøte i begynnelsen av juni. Stormøtet skal være en arena for dialog om faglig og økonomisk drift av krisesenteret i



Dato: 01.09.2010
Arkiv: :FA-G21, TI-&01
Arkivsaksnr.:
10/1844
Journalpostløpenr.:
10/21769

Avdeling:
Enhet:
Saksbehandler:
Stilling:
Telefon:
E-post:

Levekårsavdelingen
Levekårsstaben
Bjarne Rosenblad
Kommuneoverlege
51 46 81 12
bjarne.rosenblad@eigersund.kommune.no

Saksnummer	Utvalg/komite	Møtedato
	Felles brukerutvalg	15.09.2010
	Helse- og omsorgsutvalget	21.09.2010
	Kommunestyret	04.10.2010

Fremtidig personaldekning på Eigersund legevakt.

Sammendrag:

Eigersund legevakt som er legevakt for Dalanekommunene har hittil hatt samarbeid med ambulansetjenesten, lokalisert i Eigersund kommune, angående personale. Personalet har til dels arbeidet på legevakten og til dels vært personell på ambulans 2. Legevakten og ambulansetjenesten har derfor delt utgifter til personell og alle har vært fornøyd med dette. Økonomisk har legevakt Dalane hatt god nytte av dette. Denne avtalen er imidlertid sakt opp på bakgrunn av arbeidsmiljøloven og utvikling i ambulansetjenesten. Denne sak omhandler hvordan fremtidens personelldekning på legevakten kan ivaretas og hvilke økonomiske konsekvenser dette vil ha. Saken bør ses i lyset av samhandlingsreformen og helt spesielt i dette tilfelle, som en utvikling av Dalane DMS.

Saksgang:

Felles brukerutvalg 15.09.2010
Helse og omsorgsutvalg 21.09.2010
Kommunestyret 04.10.2010

Rådmannens forslag til vedtak 01.09.2010:

Brukerutvalget avgir følgende uttalelse:

HOU innstiller til kommunestyret:

På bakgrunn av endrede driftsforhold (personell og økonomiske) ved "Eigersund legevakt", gis administrasjonen fullmakt til å organisere tjenesten i tråd med forslag 2 i utredningen. Dette medfører at der vil være en fast tilgjengelig person på legevakten hver natt hele året. Når vedkommende ikke er i arbeid på legevakten, inngår personen i vanlig arbeid på avdeling 2 vest. En person ekstra hver natt krever 1,8 årsverk i turnus (3 x 0,6 årsverk). Merutgiften for dette vil være rundt 1.150.000 kr. Dette beløpet innarbeides i budsjett for 2011.

Eventuell tidligere politisk behandling:

Ingen

Andre opplysninger / fakta i saken:

Legevakten i Eigersund kommune er organisert som et interkommunalt samarbeid mellom Dalane-kommunene. Deltagerkommuner er Sokndal, Bjerkreim og Eigersund kommune. Lund kommune er primært organisert mot Flekkefjord legevakt, men legevakten dekker etter avtale (økonomisk kompensert) også området Ualand i Lund kommune (geografisk argument). Legevakten er fysisk plassert i Eigersund kommune på Lagård Bo- og servisesenter/ Dalane DMS. Eigersund kommune er å betrakte som vertskommune for legevakten og Eigersund kommune har dermed også det administrative ansvar for driften. Utgifter til legevakten fordeles mellom deltagerkommuner etter innbyggertall. Legevakten fungerer i tidsrommet 16-08 på hverdager og 08-08 i helg og helligdager. På hverdager i tidsrommet 08-16 organiserer og dekker hver kommune legevakten selv.

Selve legevaksarbeidet ivaretas av en legevakslege (fastlege, turnuslege vikarlege). Til å bistå seg i arbeidet med publikum, har legevakslegen en personell (primært utdannet sykepleier). Videre er der sammen med Eigersund legevakt organisert en legevaktstelefon, som er innarbeidet i Lagård Bo- og servisesenter (personell som dekker legevaktstelefon dekker også trygghetsalarmer, og inngår som en del av grunnpersonell på avdeling).

Medhjelperfunksjonen på legevakten har hittil vært dekket av personell fra poliklinikken på Dalane DMS. Legevakten har delt dette personell med ambulansetjenesten lokalisert i Eigersund kommune, slik å forstå at medhjelper legevakt har vært personell på ambulanse 2, dersom denne har vært på oppdrag. Legevakten og ambulansetjenesten (Helse vest/ Helse Stavanger / AMK) har derfor delt utgifter til personell og begge parter har vært fornøyd med dette.

Gjennom de siste par år har det kommet signaler på at avtalen stod for fall på bakgrunn av:

- Det har vært problemer omkring arbeidstider i forhold til arbeidsmiljøloven for personell. Der har vært dispensert i 2 år for forholdene. Problemet ligger i nattarbeidet.
- Ambulansetjenesten har vært i utvikling og man har fra Helse Stavanger/ AMK -sentral ønsket å få personell til full rådighet.

Avtalen om at sykepleier på poliklinikk er medhjelper i legevakten er sagt opp fra 1.sept. i år. Primær oppsigelsesgrunn er begrunnet i arbeidsmiljøloven. Personell fra poliklinikken har hele tiden ønsket å fortsette arbeidet som medhjelper legevakt på ettermiddag og kveld. Det er også besluttet at poliklinikkpersonellet ikke skal være ledsager på ambulanse 2 om ettermiddagen heller. Legevakten har dermed ikke noen å "dele" utgiftene til "medhjelperfunksjonen" med, om ettermiddagen og kvelden. Dermed må legevakten/ Eigersund kommune finne løsning på aktuell utfordring.

Det har vært nedsatt en arbeidsgruppe bestående av senterleder Lagård Bo- og servisesenter Margrethe Håland, daglig leder legevakten Liv Ollestad, helsefaglig ansvarlig Anne Brit W.Tengesdal, avdelingsleder avd. 2 vest Dalane DMS Wenche Høgshaug og kommuneoverlege Bjarne Rosenblad.

De forskjellige løsningsforslag er drøftet med Dalane DMS (prosjektleder Johannes Bergsåker Aspøy, avdelingsleder avd. 2 øst Mariann Svanes og Wenche Høgghaug). Årsaken til denne involvering av Dalane DMS er at legevakten betraktes som en integrert del av Dalane DMS og endringer i driften av legevakten vil ha stor betydning for videre utvikling av hele Dalane DMS.

I forbindelse med nødvendig oppgradering av personell på avd. 2 vest som et ledd i overgang fra alminnelig sykehjem **til sykehjem med "intensive rehabiliteringssenger/ observasjonsenger" og hurtig overførte pasienter fra SUS/ MOBA** er det ønskelig å integrere personell på legevakt med ettermiddag-/kveld-/natt-personell, avdeling 2 vest og 2 øst. I forbindelse med observasjonssengene på avd. 2 øst er deres personalbehov økende. Intensive rehabiliteringssenger / observasjonssenger på avdeling 2 vest vil også kreve mer personell. Dersom nåværende "akuttmottak" skal utvides til også at gjelde kveld, natt og helg, kan man forvente, at man vil kunne ha god nytte av at det er samme personell som jobber sammen med legevaktlegen og med pasienter på 2 vest. På denne måte vil denne personen bli et nyttig bindeledd mellom legevakt og sengeavdeling.

Dette vil kunne gi bedre samhandling og bedre kvalitet på tjenestene vi yter i Dalane DMS.

I forhold til bemanning på avd. 2 vest, vil Eigersund kommune få styrket kompetanse og personellressurs på natt, noe som er i tråd med helsetilsynets oppfatning av reelt behov på Lagård.

Arbeidsgruppen har utredet økonomiske konsekvenser av ulike tiltak.

Forslag 1:

Legevakten forblir egen enhet og personell ønskes ikke nyttet i avdeling.

Forslag 2:

Tilføyelse av en hel person om natten på avdeling 2 vest (samlet fra 1,5 person til 2,5 person).

Forslag 3:

Stenging av legevakt fra 23.00 til 08.00. Legevaktssamarbeide med Hå kommune.

Forslag 4:

Tilføyelse av en 1/2 person om natten på avdeling 2 vest (samlet fra 1,5 person til 2,0 person).

Forslag 5:

Tilføyelse av en 1/1 person om natten på avdeling 2 vest natten til lørdag og søndag (samlet fra 1,5 person til 2,5 person på nevnte dager). Legevakt kun betjent med lege de andre dager.

Alle tiltak, som bevarer legevakten i Eigersund, vil ha økte utgifter.

Forslag 3, som nedlegger legevakt om natten i Eigersund, vil være besparende.

Nedenfor er angitt utgift for Eigersund kommune:

Forslag 1 : + 861.039 kr.
Forslag 2 : + 1.152.924 kr.
Forslag 3 : - 490.000 kr (besparelse).
Forslag 4 : + 621.924 kr
Forslag 5 : + 337.518 kr.

Saksbehandlers vurderinger:

Forslag 2 synes å være det mest fremtidsrettede men også det dyreste for Eigersund kommune. Forslaget vil være en markant integrering av legevakt i Dalane DMS og vil løse mange faglige utfordringer på avdeling 2 vest. Dette forslag vil være helt i tråd med samhandlingsreformen og vil sikre videre utviklingsmuligheter for tjenester på avdeling 2 vest.

Forslag 1 er også et faglig godt forslag for legevakten (nåværende situasjon opprettholdes) men Eigersund kommune for ikke noe nytt for utgiften. Der vil bli mange "hvilende timer" for personell om natten. Forslaget har også tunge økonomiske konsekvenser for deltagerkommuner ellers og vil kreve en reforhandling av hele legevaktssopplegget.

Forslag 4 imøtekommer legevaktens behov og Eigersund kommunes behov, men vil være komplisert i forhold til samarbeid med SuS/avd. 2 øst. Som konsekvens av forslag 4 er avtale om deling av nattevakt oppsagt med avd. 2 øst/SuS per 01.09.10 (dog forlenget til 01.12.10) slik at Eigersund kommune har handlingsmulighet.

Forslag 3 (besparende) krever at der kan inngås en avtale med Hå kommune om legevaktssamarbeid om natten. Dette forslag vil også kreve dypere faglig vurdering ut fra sikkerhet (faglig forsvarlighet). Der må også kreves et markant politisk ønske om nedlegning av legevakt natt såfremt man skal gå videre med dette.

Forslag 5 finnes administrativt meget vanskelig å gjennomføre og finnes mer som et forslag "uten personell om natten".

Forslag 2 finnes klart best ut fra fremtidsrettede løsning, nødvendige behov og utvikling av Dalane DMS.

Forslag 4 finnes best ut fra økonomisk realisme, nødvendig behov og fremtidsrettet løsning – men vil være særdeles problematiske i forhold til videre utvikling av Dalane DMS og videre samarbeide med SUS.

Forslag til vedtak:

På bakgrunn av endrede driftsforhold (personellmessige og økonomiske) ved "Eigersund legevakt", gis administrasjonen fullmakt til å organisere tjenesten i tråd med forslag 2 i utredningen. Dette medfører at der vil være en fast tilgjengelig person

på legevakten hver natt året rundt. Når vedkommende ikke er i arbeid på legevakten, inngår personen i vanlig arbeid på avdeling 2 vest. En person ekstra hver natt krever 1,8 årsverk i turnus (3 x 0,6 årsverk). Merutgiften for dette vil være rundt 1.150.000 kr. Dette beløpet innarbeides i budsjett for 2011.

Universell utforming:

Ikke relevant i forhold til selve saken.

Økonomiske konsekvenser:

Såfremt rådmannens innstilling vedtas vil der bli økt utgift for drift av legevakt på kr. 1.150.000 fra 2011.

Driftsmessige forhold	Inneværende år	Neste år	År 3
	383333,33	1150000	1150000
		+ evt. inntektsøkning	+ evt. inntektsøkning
Sum	383333,33	Ca.1150000	Ca.1150000

Ingen ivesteringmessige forhold.

~ o ~

Alternative løsninger:

A: Politisk velges en av andre foreslått løsninger (fortrinnsvis nummer 2).

B: Saken sendes tilbake til administrasjonen for ny behandling.

~ o ~

Dokumenter - vedlagt saken:

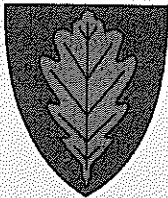
Journalposter i arkivsaken- ikke vedlagte dokumenter

1 Utredning av diverse forslag til personelldekning på Legevakt

Parter i saken:

	Dalane DMS		4370	EGERSUND
--	------------	--	------	----------





Eigersund kommune – Saksframlegg politisk sak

Sak 22

Dato: 07.09.2010

Arkiv: :FE-

Arkivsaksnr.:

10/1878

Journalpostløpenr.:

10/22249

Avdeling:

Enhet:

Saksbehandler:

Stilling:

Telefon:

E-post:

Sentraladministrasjonen

Politisk sekretariat

Målfrid Espeland

Politisk sekretær

51 46 80 25

maalfrid.espeland@eigersund.kommune.no

Saksnummer	Utvalg/komite	Møtedato
	Helse- og omsorgsutvalget	21.09.2010

Godkjenning av protokoll fra helse- og omsorgsutvalgets 21.9.2010 møte 1.6.2010

Sammendrag:

Protokoll fra forrige møte i utvalget legges frem for godkjenning av utvalget.

Saksgang:

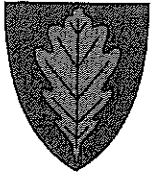
Avgjøres av utvalget.

Forslag til vedtak 07.09.2010:

Protokoll fra helse- og omsorgsutvalgets møte den 1.6.2010 godkjennes.

Dokumenter - vedlagt saken:

Dok.nr	Tittel på vedlegg
136527	Protokollen - HO-01.06.10.doc



EIGERSUND KOMMUNE

Helse- og omsorgsutvalget

Utvalg:	Helse- og omsorgsutvalget		
Møtedato:	01.06.2010	Møtested:	Formannskapssalen
Tidspunkt - fra:	18:00	Tidspunkt - til:	18:30
Sak – fra / til:	015/10 - 019/10		

Følgende medlemmer møtte:

Kjell Fredriksen - FRP	Bjørn Carlsen - H	Olaug Nordeide - H
Esther Ørsland - SP	Anja Tingbø Omdal - KRF	Arne Geir Ege - KRF
Ruth Kari Ludvigsen Fiske - AP	Erik Ludvigsen - AP	Odd Stangeland - AP

Følgende medlemmer hadde forfall:

Anne Margrethe Herigstad - V	Jane Beathe A. Espnes - FRP
------------------------------	-----------------------------

Følgende varamedlemmer møtte:

Tommy Bjellås - FRP	Thorhild Kielland - V
---------------------	-----------------------

Følgende varamedlemmer møtte i enkeltsak(er):

Følgende fra administrasjonen/andre møtte:

Levekårssjef Kåre Ingvar Helland		
----------------------------------	--	--

Merknader til møtet:

- Det var 10 medlemmer til stede under behandling av sak 015/10. Tommy Bjellås – FRP deltok fra sak 016/10.

 Kjell H. Fredriksen Utvalgsleder	 Målfrid Espeland Utvalgssekretær
--	---

Utvalgets faste medlemmer/varamedlemmer (11):**Arbeiderpartiet (3):** Ruth Kari Ludvigsen Fiske, Odd Stangeland, Erik Ludvigsen.**Vara i rekkefølge:** Svenn Manum, Hege Moberg, Else Marie Schneidereit, Robert Vanglo, Kjell Svanes**Fremskrittspartiet (2):** Kjell Fredriksen, Jane Beathe A. Espnes.**Vara i rekkefølge:** Tommy Bjellås, Gunn Elin Hestetun, Hans Petter Helland, Bjørn Arild Amundsen**Høyre (2):** Bjørn Carlsen, Olaug Nordeide.**Vara i rekkefølge:** Line Stenberg Mikalsen, John Harry Øglend, Lilly Remme Brunel, Runar Blakstad.**Kristelig Folkeparti (2):** Arne Geir Ege, Anja Tingbø Omdal.**Vara i rekkefølge:** Edmund Iversen, Janne Jørgensborg, Arnt Even Gjermestad, Marta Een Lauvås.**Senterparti (2):** Ester Ørslund.**Vara i rekkefølge:** Turid E. Gystøl, Jørn Birkeland, Bjørn Ege.**Venstre (1):** Anne Margrethe Herigstad.**Vara i rekkefølge:** Torhild Kielland, Jon Arild Helgheim, Rasmuss Gundersen.**Saksliste:**

Sak nr.	Sakstittel	L
015/10	Om arbeidet med universell utforming i Eigersund kommune	
016/10	Godkjenning av protokoll fra helse- og omsorgsutvalgets møte 20.4.2010	
017/10	Økning i hjemmehjelpssatsene fra 1. august	
018/10	Referatsaker til helse- og omsorgsutvalgets møte 1.6.2010	
019/10	Spørsmål/orienteringer i helse- og omsorgsutvalgets møte 1.6.2010.	

015/10: Om arbeidet med universell utforming i Eigersund kommune

Rådmannens forslag til vedtak 19.05.2010:

Sak om arbeidet med universell utforming i Eigersund kommune tas til orientering.

01.06.2010 Helse- og omsorgsutvalget

Møtebehandling:

Votering:

Rådmannes forslag enstemmig vedtatt.

HO-015/10 Vedtak:

Sak om arbeidet med universell utforming i Eigersund kommune tas til orientering.

Vedtaket er enstemmig.

016/10: Godkjenning av protokoll fra helse- og omsorgsutvalgets møte 20.4.2010

Forslag til vedtak 30.04.2010:

Protokoll fra helse- og omsorgsutvalgets møte den 20.4.2010 godkjennes.

01.06.2010 Helse- og omsorgsutvalget

Møtebehandling:

Votering:

Protokollen enstemmig godkjent.

HO-016/10 Vedtak:

Protokoll fra helse- og omsorgsutvalgets møte den 20.4.2010 godkjennes.

Vedtaket er enstemmig.

017/10: Økning i hjemmehjelpssatsene fra 1. august

Rådmannens forslag til vedtak 25.05.2010:

Satsene for hjemmehjelp økes med 10% der det er mulig ut fra regelverket med virkning fra 1. august 2010.

01.06.2010 Helse- og omsorgsutvalget

Møtebehandling:

RUTH KARI LUDVIGSEN FISKE (AP) foreslo:
"De nåværende satsene beholdes."

Votering:

Rådmannens forslag vedtatt med 8 stemmer mot 3 stemmer for Fiskes forslag. (AP)

HO-017/10 Vedtak:

Satsene for hjemmehjelp økes med 10% der det er mulig ut fra regelverket med virkning fra 1. august 2010.

Vedtaket stemmetall fremgår av voteringen overfor.

018/10: Referatsaker til helse- og omsorgsutvalgets møte 1.6.2010

Referatsaker som legges frem for utvalget 25.05.2010:

Sakene legges frem uten innstilling/merknad fra administrasjonen.

Nr	Dok.ID		Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
1	10/13827	I	14.05.2010	Stavanger universitetssjukehus	Referat fra møte i styringsgruppen for Dalane DMS 23.04.10
2	10/12105	I	12.04.2010	Per Bjarne Audenby	Dagsenter Evangeliehuset - ønske om samarbeid med Eigersund kommune
3	10/10880	I	06.04.2010	Landsforeningen mot stoff	Søknad om støtte til drift av LMS Eigersund (landsforening mot stoff)
4	10/10567	I	06.04.2010	Frøesarmeen rusomsorg region vest	Revidert regnskapsoversikt per 31.12.09
5	10/7613	X	15.03.2010	Anne-Beth Skjæveland	Innovasjon og nye arbeidsplasser i helsesektoren
6	10/5723	X	25.02.2010		Årsmelding 2009 - seniorrådet
7	10/12349	U	30.04.2010	Veiledningsenteret for pårørende	Søknad om støtte - Veiledningsenteret for pårørende.
8	10/10714	S	19.04.2010		Årsmelding for 2009 - råd for funksjonshemmede

01.06.2010 Helse- og omsorgsutvalget

Møtebehandling:

2	10/12105	I	12.04.2010	Per Bjarne Audenby	Dagsenter Evangeliehuset - ønske om samarbeid med Eigersund kommune
---	----------	---	------------	--------------------	---

RUTH KARI LUDVIGSEN FISKE (AP) foreslo:
"Saken oversendes Felles brukerutvalg for uttalelse."

KJELL H. FREDRIKSEN (FRP) foreslo:
Administrasjonen anmodes om å undersøke muligheten for et samarbeid vedrørende dagsenteret i det nye Evangeliehuset."
TRUKKET FØR VOTERING

Votering:
Fiskes forslag enstemmig vedtatt.

Vedtak:
Saken sendes felles brukerutvalg for uttalelse.

3	10/10880	I	06.04.2010	Landsforeningen mot stoff	Søknad om støtte til drift av LMS Eigersund (landsforening mot stoff)
---	----------	---	------------	---------------------------	---

ERIK LUDVIGSEN (AP) foreslo:
"Administrasjonen kunngjør søknadsfrist 1.9.2010 for søknad om resterende midler fra skjenkebevillingsfondet.

Sak fremmes til helse- og omsorgsutvalgets møte 14.9-2010, der søknaden fra Landsforeningen mot stoff legges ved."

Votering:
Ludvigsens forslag enstemmig vedtatt.

Vedtak:
Administrasjonen kunngjør søknadsfrist 1.9.2010 for søknad om resterende midler fra skjenkebevillingsfondet.

Sak fremmes til helse- og omsorgsutvalgets møte 14.9-2010, der søknaden fra Landsforeningen mot stoff legges ved.

HO-018/10 Vedtak:

1. Saken sendes felles brukerutvalg for uttalelse.
2. Administrasjonen kunngjør søknadsfrist 1.9.2010 for søknad om resterende midler fra skjenkebevillingsfondet.
Sak fremmes til helse- og omsorgsutvalgets møte 14.9-2010, der søknaden fra Landsforeningen mot stoff legges ved."

**019/10: Spørsmål/orienteringer i helse- og omsorgsutvalgets møte
1.6.2010.**

Spørsmål/orienteringer i møtet 30.04.2010:

01.06.2010 Helse- og omsorgsutvalget

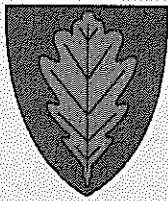
Møtebehandling:

Det var ingen spørsmål orienteringer i møte.

Votering:

HO-019/10 Vedtak:

Det ble ikke fattet vedtak i saken.



Eigersund kommune – Saksframlegg politisk sak

Dato: 07.09.2010
Arkiv: :FE-033, TI-&17
Arkivsaksnr.:
07/3635
Journalpostløpenr.:
10/18770

Avdeling:
Enhet:
Saksbehandler:
Stilling:
Telefon:
E-post:

Sentraladministrasjonen
Politisk sekretariat
Randi Haugstad
Politisk sekretær
51 46 80 24
randi.haugstad@eigersund.kommune.no

Sak 23

Saksnummer	Utvalg/komite	Møtedato
095/10	Formannskapet	25.08.2010
008/10	Arbeidsmiljøutvalget	13.09.2010
119/10	Miljøutvalget	14.09.2010
040/10	Felles brukerutvalg	15.09.2010
	Administrasjonsutvalget	21.09.2010
	Helse- og omsorgsutvalget	21.09.2010
	Kultur- og oppvekstutvalget	30.09.2010

Møteplan for 2011

Sekretariatet legger frem en samlet møteplan for alle utvalg, med unntak av kontrollutvalget og havnestyret, for 2011.

Sammendrag:

Det enkelte utvalg vedtar sin møteplan, med unntak av formannskapet som også vedtar møteplan for kommunestyret.

Saksgang:

Behandles i de ulike utvalgene.

Forslag til vedtak 07.09.2010:

1. Møteplan for 2011 vedtas som foreslått i saksforelegget.

25.08.2010 Formannskapet

Møtebehandling:

Votering:

Rådmannens innstilling vedtatt enstemmig.

FS-095/10 Vedtak:

Møteplan for 2011 vedtas som foreslått i saksforelegget.

Vedtaket er enstemmig.

Eventuell tidligere politisk behandling:

Ingen.

Andre opplysninger / fakta i saken:

Sekretariatet legger frem en samlet møteplan for alle utvalg for 2011, med unntak av kontrollutvalget og havnestyret.

Møtedatoer for 2011:

	Vår	Høst	Merknad
Kommunestyret	14.3, 9.5, 6.6	5.9, 17.10 ² , 7.11, 19.12	² Konstituerende møte
Formannskapet	19.1, 9.2, 16.3, 13.4, 18.5, 15.6	31.8, 28.9, 2.11, 2.11 ¹ , 23.11, 30.11, 14.12	¹ Ikke ordinært møte, men rådmannens budsjettpresentasjon.
Miljøutvalget	18.1, 22.2, 15.3, 12.4, 10.5, 14.6	30.8, 20.9, 1.11, 2.11 ¹ , 22.11, 13.12	¹ Ikke ordinært møte, men rådmannens budsjettpresentasjon.
Kultur- og oppvekstutvalget	17.2, 7.4, 19.5	1.9, 29.9, 2.11 ¹ , 10.11	¹ Ikke ordinært møte, men rådmannens budsjettpresentasjon.
Helse- og omsorgsutvalget	15.2, 5.4, 24.5	30.8, 4.10, 2.11 ¹ , 15.11	¹ Ikke ordinært møte, men rådmannens budsjettpresentasjon.
Administrasjonsutvalget	22.3, 7.6	4.10, 2.11 ¹ , 8.11	¹ Ikke ordinært møte, men rådmannens budsjettpresentasjon.
Felles brukerutvalg	26.1, 23.3, 27.4, 25.5	21.9, 2.11 ¹ , 16.11, 7.12	¹ Ikke ordinært møte, men rådmannens budsjettpresentasjon.
Arbeidsmiljøutvalget	14.3, 30.5	26.9, 2.11 ¹ , 31.10	¹ Ikke ordinært møte, men rådmannens budsjettpresentasjon.
Barn og unges komm.st.	28.3.10		
Andre hendelser	Vinterferie: uke 10 Påske: uke 16-17	Høstferie: Uke 41 Kommunevalg: uke 36+37	

På grunn av økonomirapportering og budsjettprosessen der det har blitt viktigere å se møtene i sammenheng, legger nå sekretariatet frem et samlet forslag til møteplan for alle utvalgene.

Møteplanen er vurdert opp i mot følgende forhold:

- Regnskapsavslutning, fristen er 15. februar.
- Økonomirapportering.
- Vinterferie, uke 10.
- Helligdager, spesielt påsken. Det er også lagt opp til færrest mulig møter når det gjelder uken etter pga utsending/muligheter for forberedelser for representantene.
- Kommunevalg, uke 36-37.

—

- Høstferie, uke 41.
- Ressurser i sekretariatet; utsending, møtesekretær og bruk av formannskapssalen.

Møtefrekvens.

Det er lagt opp til noenlunde lik møtefrekvens i 2011 for utvalgene, vurdert opp i mot årets møtefrekvens.

Da vi samkjører vår møteplan med fylkets møteplan, velger vi å ikke utarbeide plan for 2012.

Kommunestyremøter.

Møteplanen for 2011 er noenlunde lik årets møteplan. Det er satt opp et ekstra kommunestyremøte den 17.10.11 som er et konstituerende kommunestyre. Ingen ordinære saker behandles i dette møtet.

Utenom det konstituerende kommunestyremøte den 17.10.11 er det er lagt inn 6 møter (3 vår og 3 høst) i 2011, med det er budsjettert med midler til totalt 8 kommunestyremøter. Dette gir ordføreren en handlefrihet til evt. å sette et møte ved behov.

Miljøutvalgsmøter.

Miljøutvalgets møter er satt opp med samme frekvens som for året 2010.

Felles brukerutvalg.

Det er lagt opp til samme møtefrekvens i brukerutvalget med 4 møter vår og 3 møter høsten 2011. Her kan en også innkalle til ekstraordinært møte dersom det er saker som krever behandling av rådet.

Økonomrapportering.

Som i år, går økonomirapportene innom det nye felles brukerutvalget.

Budsjettprosessen.

Til rådmannens budsjettpresentasjon 2.november 2011 legges det opp til at alle utvalgene inviteres og at presentasjonen som vanlig foregår i kulturhusets store sal kl. 1700. Merk at det er lagt inn et ordinært formannskapsmøte til vanlig tid denne datoen.

Behandling av budsjettet vil forgå som i år, ved at alle utvalgene vil behandle budsjettet før formannskapets 1. budsjettbehandlingsmøte 23. november. Dersom formannskapet ikke avgir en flertallsinnstilling på dette møtet, må formannskapet møtes den 30. november for å vedta en flertallsinnstilling. Møtet 30.november blir avlyst dersom det foreligger en flertallsinnstilling på møtet den 23.november. Deretter vil budsjettet ligge ute til offentlig ettersyn i minst 14 dager jf. kommunelovens §§ 44-4 og 45-3.

Det forutsettes at kommunestyrets budsjettbehandling avsluttes i tråd med tidligere tradisjoner, samt utdeling av innsatspremier med mer.

—

Administrasjonsutvalget.

Administrasjonsutvalget har samme antall møter i 2011 som i år, d.v.s. 2 møter hvert halvår.

Fylkets møter.

Det er tatt hensyn til fylkets møter (fylkestinget, fylkesutvalget, opplæring m.m) så langt det har latt seg gjøre.

Saksbehandlers vurderinger:**Universell utforming:**

Ikke aktuelt.

Økonomiske konsekvenser:

Foreslått møteplan gjenspeiles i rådmannens budsjettforslag. Endringer av møteplanen får ingen økonomiske konsekvenser ut i fra samlet møtgodtgjørelse for det enkelte møte i og med at godtgjørelsen nå utbetales pr. møte – avhengig av kategori.

---- 0 ----

Alternative løsninger:

Møteplan for (utvalg) endres ved at:

---- 0 ----

Dokumenter - vedlagt saken:

Dok.nr	Tittel på vedlegg
133691	Kalender for år 2011.doc

Møtekalender 2011

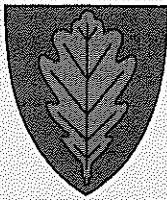
Januar 2011	Februar 2011	Mars 2011
Uke ma ti On to fr lø Sø 52 1 3 4 5 6 7 8 9 2 10 11 12 13 14 15 16 3 17 18 19 20 21 22 23 4 24 25 26 27 28 29 30 5 31	Uke ma ti On to fr lø sø 5 6 7 8 9 10 11 12 13 7 14 15 16 17 18 19 20 8 21 22 23 24 25 26 27 9 28	Uke ma ti on to fr lø sø 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 11 14 15 16 17 18 19 20 12 21 22 23 24 25 26 27 13 28 29 30 31
April 2011	Mai 2011	Juni 2011
Uke ma ti On to fr lø Sø 13 14 4 5 6 7 8 9 10 15 11 12 13 14 15 16 17 16 18 19 20 21 22 23 24 17 25 26 27 28 29 30	Uke ma ti On to fr lø sø 17 18 2 3 4 5 6 7 8 19 9 10 11 12 13 14 15 20 16 17 18 19 20 21 22 21 23 24 25 26 27 28 29 22 30 31	Uke ma ti on to fr lø sø 22 23 6 7 8 9 10 11 12 24 13 14 15 16 17 18 19 25 20 21 22 23 24 25 26 26 27 28 29 30
Juli 2011	August 2011	September 2011
Uke ma ti On to fr lø Sø 26 27 4 5 6 7 8 9 10 28 11 12 13 14 15 16 17 29 18 19 20 21 22 23 24 30 25 26 27 28 29 30 31	Uke ma ti On to Fr lø sø 31 1 2 3 4 5 6 7 32 8 9 10 11 12 13 14 33 15 16 17 18 19 20 21 34 22 23 24 25 26 27 28 35 29 30 31	Uke ma ti on to fr lø sø 35 36 5 6 7 8 9 10 11 37 12 13 14 15 16 17 18 38 19 20 21 22 23 24 25 39 26 27 28 29 30
Oktober 2011	November 2011	Desember 2011
Uke ma ti On to fr lø Sø 39 40 3 4 5 6 7 8 9 41 10 11 12 13 14 15 16 42 17 18 19 20 21 22 23 43 24 25 26 27 28 29 30 44 31	Uke Ma ti on to Fr lø sø 44 45 7 8 9 10 11 12 13 46 14 15 16 17 18 19 20 47 21 22 23 24 25 26 27 48 28 29 30	Uke ma ti on to fr lø sø 48 49 5 6 7 8 9 10 11 50 12 13 14 15 16 17 18 51 19 20 21 22 23 24 25 52 26 27 28 29 30 31

Helligdager: 1. jan.:nyttårsdag, 17. apr.:palmesøndag, 21. apr.:skjærtorsdag, 22. apr.:langfredag, 24. apr.:1. påskedag, 25.apr.;2. påskedag, 1. mai:off.høytidsdag, 8. mai:frigjøringsdag, 17.mai:grunnlovsdag, 2. jun.:Kristi Himmelfartsdag, 12. jun.:1. pinsedag, 13. jun.:2. pinsedag, 24. des.:julaften, 25. des.:1. juledag, 26.des.:2. juledag, 31.des.:nyttårsaften

Kommunestyret – Formannskap – Miljøutvalg – Helse- og omsorgsutvalg – Kultur- og oppvekstutvalget – Administrasjonsutvalget – Felles brukerutvalg – Arbeidsmiljøutvalget – Havnestyret – Kontrollutvalget – Barn- og unges kommunestyre

Lite aktuelle møtedatoer: Vinterferie uke 10, påske uke 16-17, sommerferie uke 26-32, kommunevalg uke 36-37, høstferie uke 41.





Eigersund kommune – Saksframlegg politisk sak

Sak 24

Dato: 14.09.2010
Arkiv: :FE-
Arkivsaksnr.:
10/1877
Journalpostløpenr.:
10/22248

Avdeling:
Enhet:
Saksbehandler:
Stilling:
Telefon:
E-post:

Sentraladministrasjonen
Politisk sekretariat
Målfrid Espeland
Politisk sekretær
51 46 80 25
maalfrid.espeland@eigersund.kommune.no

Saksnummer	Utvalg/komite	Møtedato
	Helse- og omsorgsutvalget	21.09.2010

Referatsaker til helse- og omsorgsutvalgets møte 21.9.2010

Sammendrag:

Kopi av ulike skriv/meldinger som utvalget skal orienteres om.

Dersom utvalget har merknader til det enkelte skriv/melding, må dette gjøres med vedtak etter forslag fra et eller flere medlemmer.

Saksgang:

Avgjøres av utvalget.

Referatsaker som legges frem for utvalget 14.09.2010:

Sakene legges frem uten innstilling/merknad fra administrasjonen.

Nr	Dok.ID		Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
1	10/11965	I	10.01.2010	Tilsynsfarmasøyt Jacob Hagan	Årsrapport farmasøytisk tilsyn 2009 - Eigesund kommune
2	10/11966	I	16.04.2010	Helsedirektoratet	Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag - IS-1688
3	10/11576	I	09.04.2010	Helsedirektoratet	Informasjon til helsetjenesten og helsepersonell om endring av pasientrettighetsloven § 4-4 om samtykke til helsehjelp til barn
4	10/14677	I	19.05.2010	Helsedirektoratet	Samhandlingsreformen - styrking av forebyggende helsetjenester
5	10/13694	I	12.05.2010	Rogaland Revisjon IKS	Rapport psykisk helse - forvaltningsrevisjon
6	10/17199	I	16.06.2010	Helsetilsynet i Rogaland	Tilsynssak - sykepleiebemannning ved Lagård bo- og servicesenter
7	10/17562	I	08.06.2010	Rogaland fylkeskommune	Universell utforming - svar på søknad om pilotkommunestatus
8	10/15508	I	03.06.2010	Norsk Form	Omsorgspolitik for morgendagens eldre - 7 gode råd
9	10/13545	M P	14.05.2010		Protokoll fra felles brugerutvalg 19.05.2010

10	10/21950	X	02.09.2010		Boligrappport 2010
11	10/21445	I	20.08.2010	Stavanger universitetssjukehus	Strategiplan for Helse Stavanger HF 2010 - 2020
12	10/20315	I	13.08.2010	Fylkesmannen i Rogaland	Avslutning av tilsyn med barnevern, helse- og sosialtjenester i Eigersund kommune
13	10/21469	I	20.08.2010	Fylkesmannen i Rogaland	Nasjonal politikk i Rogaland - oppgavebrevet 2010 - 2011
14	10/20600	I	17.08.2010	Helsedirektoratet	Etter selvmordet - veileder om tiltak for etterlatte ved selvmord - veileder til høring
15	10/18175	I	02.07.2010	Brannvesenet Sør-Rogaland IKS	Rapport fra skjenkekontroll 02.07.10 - Telegrafan
16	10/18173	I	02.07.2010	Brannvesenet Sør-Rogaland IKS	Rapport fra skjenkekontroll 02.07.10 - Havnehagen
17	10/18172	I	02.07.2010	Brannvesenet Sør-Rogaland IKS	Rapport fra skjenkekontroll 02.07.10 - Grand Hotell
18	10/18171	I	02.07.2010	Brannvesenet Sør-Rogaland IKS	Rapport fra skjenkekontroll 02.07.10 - Bytellet
19	10/18170	I	02.07.2010	Brannvesenet Sør-Rogaland IKS	Rapport fra skjenkekontroll 02.07.10 - Corner Pub & Diskotek

Status over utvalgets konto til disposisjon

Tilleggsbevilgninger – til utvalgets disposisjon for dette møte er kr. 0

Vedlegg:

Dok.nr	Tittel på vedlegg
120489	Årsrapport farmasøytisk tilsyn 2009 - Eigersund kommune
120490	Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag - IS-1688
119881	Informasjon til helsetjenesten og helsepersonell om endring av pasientrettighetsloven § 4-4 om samtykke til helsehjelp til barn
124783	Samhandlingsreformen - styrking av forebyggende helsetjenester
123275	Forvaltningsrevisjon av psykisk helse - mai 2010
128585	Tilsynssak - sykepleiebemannning ved Lagård bo- og servicesenter
129145	VS: SVAR - UNIVERSELL UTFORMING - SØKNAD OM PILOTKOMMUNESTATUS
126051	Omsorgspolitik for morgendagens eldre - 7 gode råd
122996	Protokoll fra felles brukerutvalg 19.05.2010
136030	Boligrappport2010.doc
135250	Strategiplan for Helse Stavanger HF 2010 - 2020
133525	Avslutning av tilsyn med barnevern, helse- og sosialtjenester i Eigersund kommune
135288	Nasjonal politikk i Rogaland - oppgavebrevet 2010 - 2011
133961	Etter selvmordet - veileder om tiltak for etterlatte ved selvmord - veileder til høring
130215	Rapport fra skjenkekontroll 02.07.10 - Telegrafan
130214	Rapport fra skjenkekontroll 02.07.10 - Havnehagen
130213	Rapport fra skjenkekontroll 02.07.10 - Grand Hotell
130212	Rapport fra skjenkekontroll 02.07.10 - Bytellet
130211	Rapport fra skjenkekontroll 02.07.10 - Corner Pub & Diskotek

ÅRSRAPPORT FARMASØYTISK TILSYN 2009 EIGERSUND KOMMUNE

Årsrapporten baserer seg på Eksternt tilsyn 2009. Alle avdelinger i Levekårsavdelingen har fått minst 1 Farmasøytisk (eksternt) tilsyn. Nytt for 2009 er omleggingen på basis av den nye legemiddelhåndteringsforskriften (LHF) av 01.05.2008, men dertil tilhørende reviderte Legemiddelhåndteringsrutiner (LHR) i kommunen.

Eigersund kommune har organisert legemiddelhåndteringen med en Virksomhetsleder for hele Levekårsavdelingen. Virksomhetsleder er Levekårsjef Kår L. Helland. Da Virksomhetsleder ikke er lege eller farmasøyt, har Virksomhetslederen knyttet til seg en Faglig rådgiver. Faglig rådgiver i Eigersund kommune er Kommunlege 1 Bjørne Rosenblad. Til å hjelpe seg med Virksomhetsleders arbeidsoppgaver med hensyn på legemiddelhåndtering, har Virksomhetsleder delegert (på navn) noen arbeidsoppgaver til Faglige ansvarlige i hver sone/avdeling og til Helsefaglig ansvarlig sykepleier Anne Britt Tengesdal. Selv om arbeidsoppgavene er delegert fra Virksomhetsleder, er ikke ansvaret knyttet til legemiddelhåndteringen det.

Kvalitetssikringen av Legemiddelhåndteringen i kommunen er ivarett på 3 måter:

1. Intern kontroll ved Faglig ansvarlige
 2. Intern tilsyn ved Virksomhetsleder/Helsefaglig ansvarlige
 3. Eksternt tilsyn ved Tilsynsfarmasøyt
- I tillegg er det Risikoanalyse/HMS av soneledere/avdelingsledere på vegne av Levekårsjefen.

Følgende er sjekket i 2009:

Rutiner for innskriving og opptak av pasientens legemiddelanamnese:	Tilfredsstillende
Bruksanvisning for føring av legemiddelkurve/kardex	Tilfredsstillende. Kan bedres ved 2. vest. Lagård sjukeheim
Medisinering etter generelle direktiv/prosedyrer.	Ikke tilfredsstillende. Må følge vedtak fra Fylkeslegen 2009
Rutiner for istandgjøring og utdeling av legemidler til faste tidspunkter og ved behov (eventuelt medisinerings) herunder rutiner for når dobbelkontroll skal foretas	Tilfredsstillende. Husk dobbelkontroll ved injeksjoner, øyedråper, narkotikabeholdning osv.
Rutiner for dokumentasjon	Tilfredsstillende mhp. istandgjøring endringer i en allerede dobbelkontrollert dosett, utdeling o.l. Kan forbedres mhp. behovsmedisin gitt. Husk her å navngi den s.p.l./v.pl. som har gitt aksept for utdeling av behovsmedisin
Tilberedning/tilsetninger	Ikke tilsett i 2009

Bytte mellom byttbare legemidler	OK. Her kan en generelt bli flinkere til å angi på medisinkortet hva som gis. Originalpreparatnavn kan skrives under anmerkninger.
Narkotikakontroll	Tilfredsstillende Husk månedlig dobbelkontroll av A-preparater og B-preparater 2-4 ganger i året. Med dobbelkontroll menes kontroll utenom legging.
Identifisering av riktig pasient	Tilfredsstillende
Rutiner ved utskriving og ved overføring til annet behandlingsnivå	Tilfredsstillende, men her bør en se på en rutine som er mellom sonene og 2. vest/Lagård sjukeheim. Brukere som skal fra Sonene til 2. vest må ha med seg kopi av CosDoc medisinkort. Det ser ikke ut som en stoler på CosDoc. Dette medfører nye ekstretraarbeid for sonene.
Oppbevaring av pasientens private legemidler	Tilfredsstillende
Utlevering av legemidler ved permisjon	Tilfredsstillende
Utlevering av pasientens legemidler til pårørende eller arvinger ved dødsfall	Tilfredsstillende
Hvem som skal håndtere legemidler? (F-ullmakter)	Tilfredsstillende, selv om noen soner/avdelinger har vært trege med å ordne dette etter ny LHF og LHR.
Hvem som skal ha tilgang til legemiddelager	Tilfredsstillende, men husk at det er bare s.pl./v.pl. som skal ha adgang til legemiddelageret. Andre skal evt. kun ha adgang til ferdige lagte dosetter.
Når og hvilken opplæring som skal gis	Tilfredsstillende. Husk å komme i gang med rep III.
Rapportering av avvik og oppfølging av disse	Tilfredsstillende. Det har vært noe forvirring mhp. lukking av føringer, særlig Nesten feil. Nå er det kun faglig ansvarlige som lukker avvik og nesten feil. Avvik som skal videregendes Virksomhetsleder, blir sendt Helsefaglig ansvarlige. Noen soner kan bli flinkere til å bruke registreringene mer aktivt, for eksempel på P-møter. Husk at registreringer kan brukes til forbedringer av LHR.
Kontroll av etterlevelse av rutine	Tilfredsstillende for Intern Tilsyn. Husk Intern kontroll fra Faglig ansvarlige i hver sone (vedlegg 28 i LHR). Noen soner har kommet godt i gang med dette. Andre soner

Rutiner for rekvirering til lager (bestilling) og mottak av legemidler	kan med god grunn se på hva disse har gjort.
Rutiner for oppbevaring av legemidler	Tilfredsstillende
Rutiner for retur og kassasjon av legemidler	Tilfredsstillende
Legemiddelberedskap utenom apotekets åpningstid	Husk kodebyfthing med jevne mellomrom
Rutiner for lån av legemidler fra annen post/avdeling	Tilfredsstillende
Ansvarsoverføringer	Tilfredsstillende, men lite kjent i sonene
	Tilfredsstillende, men husk alltid å ha ajourførte/oppdatererte avtaler i CosDoc.

Arbidsoppgaver/Utdødringer 2010:

- Revidere LHR fra 2009
- Ha eget opplegg/arbeide fram eget opplegg (sjekkskjema) for overlapping mellom ny og gammel Faglig ansvarlig i sonene/avdelingene, og eget opplegg ved oppstart av ny avdeling. 2009 viste at noen avvik for eksempel ved Kjerjanest Bo og servicesenter og IBO kunne vært unngått hvis det hadde vært et slikt opplegg. Virksomhetsleder eller den han delegerer dette til kan hjelpe til. En kan også bruke Faglig rådgiver eller tilsynsfarmasøyten.
- Veiledere for Faglig ansvarlige. Flere Faglige ansvarlige har laget egne opplegg som er greie i arbeidet for å utføre arbeidsoppgavene som er delegert fra Virksomhetsleder. Disse veilederne er små huskelapper/skjema til bruk gjennom hele året. Veilederne kan med fordel evt. samles og/eller brukes av de ulike faglige ansvarlige.
- Faglig ansvarlige trenes i å utføre Intern kontroll (Vedlegg 28 til LHR).
- Soneledere/avdelingsledere trenes i å utføre Risikoanalyse mhp. LMH.
- Opplegg med Grunnkurs, Rep I, Rep II, Rep III og senere Rep IV foreslås etter et fastlagt mønster. Kursene bør nesten gå av seg selv.

Konklusjon

Arbeidet med legemiddelhåndtering i Eigersund kommune er Tilfredsstillende. Målet med at Rett pasient, skal få Rett legemiddel, i Rett styrke, gitt på Rett måte og til Riktig tid blir ivare tatt på en god måte. Kommunens fokus på dette i flere år har gitt trygghet.


Med hilsen fra

Jacob Hagan
Tilsynsfarmasøyt i Eigersund kommune
Egersund den 10.01.2010

Helsebiblieket ønsker med denne retningslinje å vise hva som er god praksis ved behandling og rehabilitering av pasienter med hjerneslag og bidra til at alle som rammes av hjerneslag får effektiv behandling av god kvalitet uavhengig av kjønn, alder og bosted.

Vennlig hilsen

Cecilie Daas e.f.
avdelingsdirektør


Bjørg Halvorsen
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Deres ref: BHA
Saksbehandler: 08:559
Vår ref: 16 04 2010
Dato:

Ansatt	2 8 APR 2010
Adm. ansvar	
Ansatt	08/1927-BJA
Ansatt	AG-2
Ansatt	KIH

Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag IS-1688

Vedlagt følger Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag i fullversjon og en kortversjon (IS-1688 og IS-1801). Den omhandler behandling i akutfasen, sekundærforebygging og rehabilitering ved hjerneinfarkt og hjerneblødning. Behandling av transitorisk iskemisk anfall (TIA) inngår også.

Målgruppe for retningslinjen er først og fremst helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Retningslinjen vil også være nyttig for beslutningstakere på alle nivå i helsetjenesten, politikere og utdanningsinstitusjoner.

Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag er utgitt i tre ulike utgaver:

- IS-1688 fullversjon (200 sider) med kunnskapsgrunnlag, anbefalinger og litteraturliste
- IS-1801 kortversjon (20 sider) med de mest sentrale anbefalingene
- IS-1802 med samling av alle anbefalingene i retningslinjen

Flere eksemplarer av retningslinjen kan bestilles ved å sende en e-post til trykksak@helsedir.no. Husk å oppgi bestillingsnummer. Retningslinjen er også tilgjengelig på direktoratets hjemmeside www.helsedir.no/publikasjoner.

IS-1802 med samlingen av alle anbefalingene finnes kun i elektronisk utgave og kan skrives ut fra direktoratets hjemmeside.

Helsebiblieket (www.helsebiblieket.no) har publisert en elektronisk og søkbar utgave av hele retningslinjen.

Kunnskapsnettet for helsetjenesten (www.kunnskapsnettet.no) har utarbeidet to rapporter med økonomiske vurderinger av noen av de mest sentrale anbefalingene i retningslinjen.

Helsebiblieket • Divisjon spesialisthelsetjenester
Avd. sykehustjenester
Bjørg Halvorsen, tlf.: 24 16 33 23

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsebiblieket.no

()

()

Erstatning	1. juni 2010
108/523	
17. APR 2010	
Arvid Nyström	

Helsedirektoratet

Adresseliste

Deres ref.:
Saksbehandler: SKU
Vår ref.: 10/1817
Date: 09.04.2010

Informasjon til helseetjenesten og helsepersonell om endring av pasientrettighetsloven § 4-4 om samtykke til helsehjelp til barn

Innledning

Pasientrettighetsloven (pasrl.) § 4-4 regulerer retten til å samtykke til helsehjelp til barn. Bestemmelsen endres ved tilføyelse av et nytt annet ledd og med virkning fra 1. mai 2010.

Hovedregelen er at begge foreldre med foreldreansvar skal samtykke til helsehjelp til barnet. Dette følger både av barneloven § 30 og av pasrl. § 4-4. Dette utgangspunktet har imidlertid i noen tilfeller ført til at barn ikke har fått nødvendig og hensiktsmessig helsehjelp fordi den ene forelder har motsatt seg dette, eller fordi det av andre grunner ikke har vært mulig å innhente samtykke fra vedkommende. Tilføyelsen i pasrl. § 4-4 annet ledd skal heretter sikre barn nødvendig helsehjelp i situasjoner der samtykke fra én av foreldrene mangler.

Etter endringen lyder pasrl. § 4-4 som følger (nytt annet ledd i kursiv):

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år.

Det er tilstrekkelig at én av foreldrene eller andre med foreldreansvaret samtykker til helsehjelp som

a) regnes som ledd i den daglige og ordinære omsorgen for barnet, jf. barnelova §§ 37 og 42 andre ledd, eller

b) kvalifisert helsepersonell mener er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade.

Før helsehjelp som nevnt i bokstav b skal begge foreldrene eller andre med foreldreansvaret, så langt råd er, få si sin mening. Bestlutning om helsehjelp som nevnt i bokstav b kan påklages til Helseilsynet i fylket eller kapittel 7. Helseilsynet i fylket kan vedta at helsehjelpen skal avsluttes inntil det er fattet vedtak på grunnlag av klage fra den andre forelder eller andre med foreldreansvaret.

Dersom barnevernietjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernloven § 4-6 annet ledd, § 4-8 eller § 4-12, har barnevernietjenesten rett til å samtykke til helsehjelp.

Etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal barnets foreldre, andre med foreldreansvaret eller barnevernet, jf. tredje ledd, høre hva barnet har å si for samtykke gis. Når barnet er fylt 12 år, skal det få si sin mening i alle spørsmål som angår egen helse. Det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet.

Helsedirektoratet • Divisjon spesialisthelseetjenester

Avd. bioteknologi og helserett
Hanne Skum, ill. 24 16 32 97

Postboks 7090 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Bæreseadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf. 310 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org. nr. 903 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Nærmere om innholdet i pasrl. § 4-4 annet ledd

HOVEDREGELN ER UENDRET - BEGGE FORELDRE SKAL SAMTYKKE

Hovedregelen er fortsatt at begge foreldre skal samtykke til helsehjelp til barn under 16 år såfremt foreldrene har del i foreldreansvaret, noe som ofte vil være tilfelle også der den ene forelder ikke bor sammen med barnet. Dette følger av pasrl. § 4-4 første ledd. Det er ikke gjort endringer i hovedregelen.

NY UNTAKSREGEL I TO SITUASJONER

Nytt annet ledd i pasrl. § 4-4 er en unntaksregel som gir én av foreldrene rett til å samtykke alene for visse typer helsehjelp og i visse situasjoner. Regelen dekker to situasjoner; der helsehjelpen er ledd i den daglige og ordinære omsorgen for barnet (bokstav a) og der kvalifisert helsepersonell mener at helsehjelpen er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade (bokstav b).

NAR HELSEHJELPEN ER LEDD I DEN DAGLIGE OG ORDINÆRE OMSORGEN

Pasrl. § 4-4 annet ledd bokstav a) bestemmer at det er tilstrekkelig at én av foreldrene samtykker til helsehjelp som er ledd i den daglige og ordinære omsorgen for barnet. Dette er en lovfesting av allerede gjeldende praksis i helseetjenesten. Slikt samtykke anses ikke som en større avgjørelse i barnets liv som begge foreldrene må samtykke til. Med helsehjelp som er ledd i den daglige og ordinære omsorgen regnes for eksempel behandling av øreverk, halsbetennelse, influensa, skrubbsår og så videre.

Helsehjelp som ledd i den daglige og ordinære omsorgen for barn kan besluttes av den forelder som til enhver tid er sammen med barnet, og uavhengig av om foreldrene bor sammen eller hver for seg, eller har del i foreldreansvaret eller ikke.

NAR HELSEHJELPEN ER NØDVENDIG FOR AT BARNET IKKE SKAL TA SKADE

Pasrl. § 4-4 annet ledd bokstav b) regulerer situasjonen der foreldrene er uenige om hvorvidt barnet skal ha helsehjelp. Dette kan blant annet være aktuelt ved familiekonflikter, vold, overgrep eller lignende. Bestemmelsen regulerer også situasjoner der det ikke er mulig å få avklart begge foreldres synspunkter på yelse av helsehjelpen, for eksempel fordi den ene forelder ikke er mulig å få tak i. I disse situasjonene kan den ene forelder alene gi samtykke til helsehjelp, forutsatt at kvalifisert helsepersonell mener at barnet kan ta skade av ikke å få hjelpen.

Begge foreldre har rett til å samtykke alene til helsehjelp etter bokstav b), forutsatt at de har del i foreldreansvaret. Adgangen til å samtykke henger altså ikke sammen med om forelder bor sammen med barnet, men om forelder har del i foreldreansvaret.

Det er et vilkår at kvalifisert helsepersonell mener at barnet kan ta skade av ikke å få hjelpen. Med kvalifisert helsepersonell menes helsepersonell som har den nødvendige faglig innsikt til å foreta en forsvarlig vurdering av risikobildet og behovet for helsehjelp. Som hovedregel bør den legen, psykologen eller tannlegen som er ansvarlig for helsehjelpen foreta vurderingene.

Hva som vil kunne være skadelig for barnet må vurderes konkret og vil bero på et helsefaglig skjønn hos helsepersonellet. Både skade av somatisk og psykisk art vil

være omfattet. Skadebegrepet vil derfor også omfatte tilfeller hvor det er viktig at barnet får snakke med psykolog.

Det må være risiko for mer enn ubetydelig skade eller ubehag for barnet. Barnet vil typisk kunne ta skade dersom livskvaliteten uten behandling merkbar reduseres som følge av smerte eller lidelse, ved problemer i forbindelse med vitale livstfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller ved nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå. Barnet vil også kunne ta skade dersom manglende helsehjelp medfører at det på et senere tidspunkt ikke vil være mulig å yte effektiv helsehjelp, for eksempel i tilfeller hvor det er viktig å sette i gang behandling tidlig for å unngå mer risikofylt eller omfattende behandling senere. Muligheten for å forebygge helseproblemer bør tillegges stor vekt i vurderingen av hva én av foreldrene kan samtykke til av helsehjelp.

Hvorvidt man står overfor en situasjon der helsehjelp kan gjennomføres med bare den ene forelderens samtykke, vil avhenge av helsepersonellens vurdering av hva som vil være forsvarlig helsehjelp i det konkrete tilfellet. Helsepersonellet vil måtte foreta en faglig vurdering av blant annet forholdets alvorlighet, tidsaspekt, konsekvenser av å utsette hjelpen og eventuell risiko ved å yte helsehjelpen. Foreldrenes ulike synspunkter vil også være en del av vurderingen.

INNHEIING AV SYNSPUNKTER FRA FORELDRENE

Når kvalifisert helsepersonell mener at helsehjelp er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade (bokstav b), skal begge foreldre som har del i foreldreansvaret så langt mulig få si sin mening. Dette skal sikre at den forelder som motsetter seg helsehjelpen får legge fram sine eventuelle innvendinger, slik at helsepersonellet kan ta disse i betraktning i sin vurdering. Det er imidlertid ikke et absolutt krav at vedkommende skal uttale seg; det kan være tilfeller der vedkommende ikke er mulig å få tak i eller ikke vil uttale seg. Det kreves en viss aktivitet av helsepersonellet for å informere og innhente vedkommendes syn, men det kreves ikke omfattende aktivitet. Dersom man har brukt vanlige kommunikasjonskanaler, som for eksempel telefon, for å få tak i vedkommende, er dette normalt tilstrekkelig. Hvor mye arbeid man skal legge i å få kontakt må vurderes konkret, og det må ses hen til hvor mye helsehjelpen høster.

Dersom barnet gis helsehjelp som ledd i den daglige og ordinære omsorgen (bokstav a), er det ingen plikt til å høre begge foreldrene. Det anses ikke hensiktsmessig å kreve dette, da det dreier seg om et stort antall trivielle og mindre alvorlige tilstander som behandles rutinemessig.

KLAGEGANG

Den av foreldrene som ikke har fått medhold hos helsepersonell, kan anmode om å få oppfylt sin rett til å samtykke eller klage avgjørelsen inn for Helseislynet i fylket etter reglene i pasrl. kapittel 7. Klageadgangen gjelder både den forelder som mener barnet bør få helsehjelpen og den som mener barnet ikke bør få helsehjelpen. Helsepersonellet skal orientere foreldrene om denne klageadgangen. Slike klager skal behandles raskt i Helseislynet, og de må være ferdigbehandlet før det gis helsehjelp. Dersom helsepersonellet mener at barnet vil ta skade av å avvente klagebehandling, kan helsehjelpen likevel påbegynnes eller gis.


FORELDRENES RETT TIL INFORMASJON OG MEDVIRKNING ER UENDRET

Selv om det etter endringen i pasrl. § 4-4 i noen tilfeller er tilstrekkelig med samtykke fra bare én av foreldrene, gjelder fortsatt de alminnelige reglene i pasrl. kapittel 3 om foreldrenes rett til informasjon og medvirkning ved ytelse av helsehjelp til barn. Dette betyr for eksempel at helsepersonell ikke kan unnlate å informere eller nekte en forelder informasjon om helsehjelpen utelukkende fordi vedkommende forelder i utgangspunktet ikke ønsket å samtykke til denne.

For mer informasjon om pasientrettighetsloven vises til rundskriv IS-12/2004 Lov om pasientrettigheter, som kan bestilles på <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner>

Vennlig hilsen

Kristin Cordt-Hansen e.f.
avdelingsdirektør



Janne Skul
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Eigersund kommune
CPRADEHIN...
MO DATUM 28 MAI 2010
AKRISNUM: 09/586

Landets kommuner

Deres ref.
Saksbehandler
10/2965
19.05.2010

BKU
10/2965
19.05.2010
ABTA, BUK, KU

Samhandlingsreformen - styrking av forebyggende helse tjenester

Helseidirektoratet viser til St.meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Stortinget har 28. april 2010 sluttet seg til Samhandlingsreformen, Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Et budskap som er forsterket gjennom Stortingets behandling er betydningen av å satse mer på forebygging og behandling av sykdom i en tidlig fase. Dette for å videreutvikle det norske helsevesenet slik at vi kan møte befolkningens behov på en bedre måte.

Med samhandlingsreformen ønsker man at den forventede behovsvæksten i en samlet helse tjeneste i større grad må finne løsninger i kommunene. Kommunene skal sørge for en helhetlig tjeneste med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). I Samhandlingsreformen fremheves at forebyggende helse tjenester i kommunene skal styrkes. Med forebyggende tjenester menes her både forebyggende arbeid rettet mot enkeltpersoner og forebyggende, helsefremmende arbeid rettet mot grupper i befolkningen.

Gjennom statsbudsjettet for 2010 er det besluttet å styrke kommunenes frie inntekter med 230 millioner kroner til forebyggende helse tjenester. Ordningen med frie midler gir kommunene stor fleksibilitet til lokal tilpasning og prioritering.

Helseidirektoratets oppdrag er å bidra til at kommunene settes i stand til å prioritere og styrke de forebyggende helse tjenestene. Helseidirektoratet ønsker med dette brevet å komme i dialog med landets kommuner for å redegjøre hvilke områder vi anbefaler kommunene å styrke i år og videre fremover. Vi bruker også anledningen til å gjøre kjent hvilke tiltak Helseidirektoratet og Fylkesmannen har for å understøtte kommunenes arbeid.

Bruk av midlene til forebyggende helse tjenester i 2010 og senere år
Helseidirektoratet ser at midlene allerede kan være disponert for 2010. Men, det følger av statsbudsjettet for 2010 at kommunene bør prioritere å sikre det forebyggende arbeidet en tydelig organisatorisk plassering i kommunen og en god forankring i plan- og budsjettssystemene. I denne sammenheng bør det prioriteres oppbygging av kartleggingssystemer som gir oversikt over helse tilstanden og faktorer som påvirker

Helseidirektoratet • Divisjon folkehelse
Avd. lokal folkehelsearbeid
Barnedette Kumar 4f 24 16 32 13
Postboks 7000 St. Olavs plass 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf: 810 20 600
Faks: 24 10 30 01 • Org. nr. 800 544 622 • postmottak@helseid.no • www.helseidirektoratet.no

helsen. Oversikt over befolkningsutvikling, helse tilstand og påvirkningsfaktorer for utvikling av god, eller dårlig helse, er grunnleggende for å kunne prioritere og målrette tiltakene effektivt. En slik oversikt er også en forutsetning for at kommunens helse tjeneste kan bidra aktivt i kommunale planprosesser. Videre kan det være hensiktsmessig legge til rette for iverksettelse av forebyggings- og tidlig intervensjonstiltak som gir gode og raske resultater i form av færre unødvendige sykehusinnleggelser og som reduserer behovet for omfattende behandling.

Helseidirektoratet anbefaler følgende prioriterte satsingsområder for 2010:

- Å få en bedre oversikt over helse tilstand og viktige påvirkningsfaktorer
- Etablering og utvikling av frisklivs/mestringstilbud overfor personer med økt risiko for å utvikle sykdom knyttet til levevaner
- Styrking av helsestasjonen og skolehelse tjenestens forebyggende arbeid

Helseidirektoratet anbefaler at kommunene i arbeidet med å styrke forebyggingsinnsatsen søker et nærmere samarbeid med andre kommuner. For det første omkring oversikt over helse tilstand og viktige påvirkningsfaktorer. Et større befolkningsgrunnlag vil kunne gi mer inngående informasjon. For det andre vil et nærmere samarbeid kunne være aktuelt i forbindelse med etablering og utvikling av ulike former for frisklivs-mestringstilbud. Det vises i den forbindelse til utviklingen av lokalmedisinske sentre.

For mer informasjon viser vi til Rundskriv til kommunene, fylkesmennene, de regionale helse foretak og fylkeskommunene fra Helseidirektoratet med Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2010 (IS-1/2010).

Virkemidler og tiltak

Landets fylkesmenn vil ha en viktig rolle i dette arbeidet, på vegne av Helseidirektoratet. Følgende er virkemidler og tiltak for å støtte styrkingen av forebyggende arbeid i kommune:

A: Tilgjengeliggjøre kunnskap

Landets fylkeskommuner har fra 2010 ansvar for å ha oversikt over helse tilstand og viktige påvirkningsfaktorer i fylket. Landets fylkeskommuner og flere aktører i den sentrale helseforvaltningen deltar i et pågående utviklingsarbeid som forhåpentligvis vil styrke kommunenes forutsetninger for lokalt oversikt. Helseidirektoratet vil i 2010 øke omfanget av relevante data gjennom nettstedet www.helseid.no/kommunehelseprofiler. Aktuelle utveider er særlig knyttet til data fra Norsk pasientregister og data om barns miljø og helse. Gjennom direktoratets tilgjengeliggjorte kunnskap, kommunens egne KOSTRA og IPLOS-data sammen med helse tjenestens egen kjennskap til befolkningen, vil kommunene ha grunnlag for å lage analyser av risikoområder og prioritere tiltak.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har utarbeidet "Helse tilstanden i Norge", se www.fhi.no. Dette er en elektronisk publikasjon som til sammen gir et bilde av helse, sykdom og risiko for sykdom i den norske befolkningen. I tekst, tabeller og diagrammer belyses status, utviklingstrekk og helse forskjeller i befolkningen. Nettstedet inneholder foreløpig ikke kommunedata, men inneholder analyser som også er relevante for kommunene.

Helseidrettoratet vil i 2010 utarbeide en kunnskapsoversikt med fokus på: effektive forebyggende tiltak innenfor kommunale tjenester og ansvarsområder, innhold og implementering. Dette vil bli gjort tilgjengelig i form av tiltaksmenyer. Det vises foreløpig til tilgjengelig informasjon på www.forebygging.no og www.helsebiblioteket.no/

B: Styrke kompetansen i kommunene

Kompetansehevede tiltak vurderes som viktig for å utvikle gode forebyggende helsejenester. Som et ledd i oppfølgingen av satsingen på forebyggende helsejenester, iverksetter Helseidrettoratet et kompetanseprogram for kommunene. Behovet for kompetanseheving vil variere i kommunene. En kartlegging av behovet for å tilgjengeliggjøre kunnskap og styrke kompetanse, vil gjennomføres slik at tilbudet i størst mulig grad kan dekke etterspørselen. Se løpende oppdatering på www.helseidrettoratet.no/samhandling. I tillegg til de nasjonale tiltakene i kompetanseprogrammet vil det bli egne fylkesvise kurs og konferanser. Det vises til fylkesmannen i det enkelte fylke. Fylkesmannen vil også bistå med råd og veiledning om hvordan kommunene på en god måte kan styrke sine forebyggende helsejenester.

C: Verktøy til veiledning

Helseidrettoratet vil i 2010 utarbeide retningslinjer og veiledere om ulike sider ved forebyggende helsejenester. Helseidrettoratet anbefaler at kommunene tar utgangspunkt i disse dokumentene ved iverksettning av de lokalt prioriterte innsatsene. Aktuelle publikasjoner som enten nylig forelå eller som vil foreligge i løpet av 2010. En samlet og løpende oppdatert oversikt vil være tilgjengelig på <http://www.helseidrettoratet.no/samhandling>

D: Bidra til å overføre kunnskap mellom kommuner

Helseidrettoratet vil legge til rette for erfaringsformidling mellom kommunene. Det tas sikte på å samle inn gode eksempler og lage et oversiktsbilde i løpet av juni 2010. Dette vil skje i regi av landets fylkesmenn, med utgangspunkt i deres inntrykk fra dialogen med kommunene. Det tas sikte på å utarbeide en mer systematisk oversikt omkring kommunenes erfaringer til vinteren 2011, blant annet som grunnlag for å tilgjengeliggjøre gode eksempler.

KS har gjennom sine læringsnettverk arbeidet systematisk i over 300 kommuner med kunnskapsdeling og nettverksbygging for å bedre kvaliteten den kommunale tjenesteproduksjonen. Helseidrettoratet og KS er i dialog om hvordan slike nettverk kan brukes som arena for erfaringsdeling.

Mål og prosesser fremover

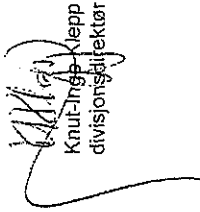
Fylkesmannen i det enkelte fylke inviterer til en nærmere dialog med kommuneledelsen i kommunene omkring Samhandlingsreformens mulighetsrom, herunder satsingen på forebyggende helsejenester. Målsætningen er blant annet å få et bilde av kommunenes prioriteter, undersøke behovet kommunene har for understøttende tiltak samt at kommunenes erfaringer med satsningen drøffes. KS støtter fylkesvise dialogmøter mellom kommuneledelsen og fylkesmannen og forutsetter at det legges til rette for mulig deltagelse fra KS lokalt.

Det vises også til igangsatte prosesser omkring ny helse- og omsorgslov, ny folkehelselov og ny Nasjonal helse- og omsorgsplan. Mer informasjon om disse prosessene vil bli gjort tilgjengelig på www.regjeringen.no/HOD.

Vi inviterer kommunene til å ta kontakt med fylkesmannen i fylket eller Helseidrettoratet.

Vennlig hilsen

Bjørn-Inge Larsen e.f.
helseidrettor



Knut-Inge Klepp
divisjonsleder

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:

Helse- og omsorgsdepartementet
Kommunal- og regionaldepartementet
Kommunenes sentralforbund
Landets fylkesmenn
Landets fylkeskommuner
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Statens helsetilsyn

FORVALTNINGSREVISJON AV

PSYKISK HELSEARBEID



EIGERSUND KOMMUNE
MÅI 2010

INNHOOLD

Denne rapportens målgrupper er kontrollutvalget, andre folkevalgte, formelt ansvarlige i administrasjonen og utførende fagfolk i administrasjon. Rapporten er et offentlig dokument og skal være tilgjengelig også for media og andre interesserte. Behovene varierer, men her er en leserveiledning med to nivåer for hvor dypt rapporten kan behandles:

1. Innholdsfortegnelsen, sammendraget og rådmannens kommentarer
2. Hovedrapporten med innledning, fakta og vurderinger, samt vedlegg

Sammendrag.....	4
Rådmannens kommentar	6
Rapporten	7
1.1 Innledning	8
1.2 Psykisk helsearbeid i Eigersund kommune.....	9
1.2.1 Nasjonale føringer for innhold i tjeneste (kriterier).....	9
1.2.2 Omfang brukere	10
1.2.3 Sammenligninger med andre kommuner.....	12
1.2.4 Akterbildet rundt brukeren og samordningen.....	16
1.2.5 Saksgangen, rutiner og prosedyrer	19
1.2.6 Samarbeid og samhandling	25
1.2.7 Oversikt over behov.....	28
1.2.8 Status for oppfølging av plan.....	29
1.3 Vurderinger og anbefalinger.....	31
1.3.1 Et prioritert område.....	31
1.3.2 Oversikt over behovsdekkning	31
1.3.3 Brukerrettet samarbeid.....	33
1.3.4 Systemrettet samarbeid.....	34
1.3.5 Øvrige utfordringer	35
Vedlegg	36

SAMMENDRAG

Prosjektet har belyst i hvilken grad Eigersund kommune oppnår hovedmålene for det psykiske helsearbeidet i kommunen. Rapporten går gjennom dagens tilbud og behov, og hvordan kommunen arbeider system- og individrettet innen dette feltet.

Et prioritert område

Gjennomgangen viser at psykisk helsearbeid i kommunene har vært et prioritert område de siste årene. Som følge av en nasjonal opptrappingsplan økte fra 2000 til 2008 de statlige øremerkede midlene til Eigersund kommune fra 1,9 til 7,8 millioner kroner (ca 400 %), og antall årsverk økte fra 5 til nesten 20 årsverk (ca. 300 %). Eigersund har også brukt en god del ressurser utover det som har vært finansiert gjennom de øremerkede midlene (ca. 50 % i 2008). Statsfinansieringen er fra 2009 bakt inn i rammetilskuddet.

Oppfølging av plan

Plan for psykisk helsearbeid inneholder en rekke konkrete tiltak, og de fleste er gjennomførte. Enkelte servicerteilede tiltak er ikke prioritert, og administrasjonen har valgt å satse på visse rehabiliterings tiltak i stedet. Det er ikke tatt politisk vedtak om slik omprioritering. Dette ønsker man å ta opp i forbindelse med nulltering av plan for psykisk helse, høsten 2010.

Behovsoversikt barn og unge

Det finnes ingen samlet oversikt over denne målgruppen i kommunen. Man vet ikke hvor mange barn og unge med psykiske vansker som totalt sett mottar tjenester fra kommunen, eller hvor mange tjenester de mottar. Dette er noe som går igjen i andre kommuner vi har undersøkt.

Gjennomgangen tyder imidlertid på at Eigersund kommune har en rekke virkemidler til å fange opp barn og unges behov for psykiske helse tjenester. Både tallene og intervjuene tyder på at Eigersund når mange og ulike brukere med tilbudet sitt.

Behovsoversikt voksne

I Eigersund brukes en stor del av ressursene på en liten gruppe voksne brukere med store behov. Denne brukergruppen har vært nokså konstant over tid. Eigersund har ingen med psykiske lidelser på venteliste for tilrettelagt bolig.

Det er vanskeligere å fange opp voksnes behov ettersom voksnes psykiske vansker ofte ikke er synlige for andre deler av det kommunale tjenesteapparatet (går ikke på skole). Fremover ønsker man å nå flere med mindre alvorlige lidelser, folk som trenger hjelp til å "komme seg over kneika."

Enhet for psykisk helse ønsker å øke samarbeidet med fastlegene slik at de kan nå flere brukergrupper. Dette er i tråd med de nasjonale føringene om økt fokus mot forebyg-

ging, tidlig avdekking og tidlig behandling. Også helsestasjonen når en rekke voksne gjennom ordinære konsultasjoner, og screeninger rettet mot gravide og kvinner som nettopp har født. Kommunen skal også ta i bruk et nytt kartleggingsverktøy for å kartlegge omfang og karakterer av voksnes rusmisbruk og psykiske vansker.

Rutiner og saksanger: Det er gode rutiner for det psykiske helsearbeidet i kommunen, og i all hovedsak god ansvarsdeling mellom nivåene. Dataene våre tyder på at dette også gjelder arbeidet med individuell plan og ansvarsgrupper. Kommunens egne spørreundersøkelser viser at de fleste foresatte er fornøyd med dagens ordning, og at kommunen har fokus på evaluering og forbedringsarbeid.

Erfaringer med samarbeid: Samarbeid internt i kommunen, og mot andrelinjen synes å fungere bra. Dataene tyder imidlertid på at brukermedvirkningen på systemnivå ikke har fungert så bra i Eigersund. Dels synes dette å henge sammen med at sentrale brukerorganisasjoner ikke har hatt lokallag i Eigersund, og dels henger det sammen med brukerforumets status og rolle.

Men kommunen har også noen utfordringer i forbindelse med samarbeidet. Dette behandles mer utførlig i rapportens faktadel og vurderingsdel.

Vår hovedkonklusjon er at vi ikke har funnet alvorlige feil eller mangler i kommunens arbeid med psykisk helse. Vi oppfatter det slik at Eigersund arbeider systematisk for å styrke sitt tilbud til mennesker med psykiske lidelser, og sitt forebyggende arbeid blant mennesker med psykiske vansker. Vi ser enkelte forbedringspunkter.

Systemnivå:

- Sikre oversikter over antallet barn og unge som mottar psykiske helsejenester
- Styrke brukermedvirkningen på systemnivå
- Oppdatere informasjonen på kommunens nettside, og sørge for at det bare finnes én publisert versjon.
- Bedre informasjonen om individuell plan til potensielle brukere.

Individnivå:

- Skriftliggjøre kriterier for tildeling av psykiske helsejenester til voksne
- Integre fastlegene bedre i utredning, behandling og oppfølging av personer med psykiske lidelser
- Formalisere prosessen omkring individuell plan ytterligere (formelt vedtak, orientering om klagerett mv).

RÅDMANNENS KOMMENTAR

Følgende uttalelse er mottatt 12.5.2010.

Rådmannen er tilfreds med at forvaltningsrapportens hovedkonklusjon er at det ikke er funnet alvorlige feil eller mangler i kommunens arbeid med psykisk helse, og at oppfatningen er at det arbeides systematisk for å styrke tilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

Rådmannen har merket seg revisjonens forslag til forbedringer.

Systemnivå:

Sikre oversikter over antallet barn og unge som mottar psykiske helsejenester.
Kommentar:
Dette vil bli fulgt opp.

Styrke brukermedvirkningen på systemnivå.

Kommentar:

Det vil bli etablert et system for dette.

Oppdatere informasjonen på kommunens nettside, og sørge for at det bare finnes én publisert versjon.

Kommentar:

Dette vil bli gjort i forbindelse med etablering av ny WebPortal

Bedre informasjonen om individuell plan til potensielle brukere.

Kommentar:

Informasjonsopplegg vil bli gjennomgått.

Individnivå:

Skriftliggjøre kriterier for tildeling av psykiske helsejenester til voksne.

Kommentar:

Skriftlige rutiner vil bli etablert.

Integrere fastlegene bedre i utredning, behandling og oppfølging av personer med psykiske lidelser.

Kommentar:

Det vil bli tatt kontakt med fastlegene.

Formalisere prosessen omkring individuell plan ytterligere (formelt vedtak, orientering om klagerett mv).

Kommentar:

Det vil bli foretatt en gjennomgang for å formalisere skriftlige rutiner i forhold til dette.

Karl Johan E. Olsen
rådmann

1.1 INNLEDNING

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen er å belyse i hvilken grad kommunen oppnår hovedmålene for det psykiske helsearbeidet i kommunen.

Mandat for gjennomføring av prosjektet ble vedtatt av kontrollutvalget i møte 29.4.2009. I tillegg til formålet, framgår det av kontrollutvalgets bestilling at følgende problemstillinger skal besvares:

- Hvordan holder kommunen oversikt over behov og behovsdeknning blant brukere med psykiske lidelser?
 - Hvilke hovedutfordringer ser administrasjonen på grunnlag av denne oversikten?
 - Hvordan følges dette opp?
- Hvilke erfaringer har kommunen, spesialisttjenesten og brukerrepresentanter hatt med samarbeidet om innhold, samarbeid og koordinering av det psykiske helsearbeidet på systemnivå?
 - Hvilke er de viktigste samarbeidsarenaer og hvordan jobbes det på disse arenaene?
 - På hvilken måte har dette samarbeidet hatt effekt på det psykiske helsearbeidet?
- Hvilke saks ganger og rutiner har kommunen fastlagt for det brukerretnede psykiske helsearbeidet for å sikre rett tjeneste, samarbeid og brukermedvirkning?
 - I hvilken grad følges disse retningslinjene i praksis?
 - Har kommunen rutiner for å evaluere praksis mot retningslinjene?
 - Dersom avvik, er det praksis eller retningslinjer som bør korrigeres?

I dette prosjektet er følgende kilder for revisjonskriterier anvendt:

- Handlingsplan for psykisk helse 2007-2010
- Lov om kommunehelsestjenesten
- Lov om sosiale tjenester
- Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (03/2007)
- Sammenligninger med andre

En nærmere omtale av kriterier, metode, avgrensninger og kildehenvisninger ligger i rapportens vedlegg. Vår samlede vurdering er at metodebruk og kildeifang har gitt et tilstrekkelig grunnlag til å besvare prosjektets formål og de problemstillinger kontrollutvalget vedtok.

RAPPORTEN

1.2 PSYKISK HELSEARBEID I EIGERSUND KOMMUNE

1.2.1 NASJONALE FØRINGER FOR INNHOLD I TJENESTE (KRITERIER)

Kommunehelseføresteloven: Landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen (§1-1). Lovens § 1-2 slår fast at kommunen ved sin helsejeneste skal fremme folkehelse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte.

Det finnes få konkrete krav til innholdet i det kommunale psykiske helsearbeidet, men den nasjonale opptrappingsplanen og de statlige veilederne gir enkelte føringer.

Veileder: Kommunen skal bygge opp tjenester som skal forebygge psykiske lidelser, og gi tilbud til mennesker som har utviklet slike lidelser.

Ifølge veileder for voksne oppfatter kommunenes psykiske helsearbeid forebygging, utredning og behandling, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning². Psykisk helsearbeid inkluderer også tiltak for å fremme psykisk helse i befolkningen og forebygge psykiske vansker, og vil dermed utgjøre et viktig ledd i kommunenes folkehelsearbeid.

Forebygging er et sentralt tema i de nasjonale styringsdokumentene. I den nasjonale opptrappingsplanen er det av tiltakene at en skal "styrke tilhøvet i kommunene med trett på forebygging og tidlig hjelp".

I den nasjonale veilederen for psykisk helsearbeid for barn og unge står det at kommunen bør ha en særlig oppmerksomhet mot barn og unge som lever med risiko eller er i ferd med å utvikle psykiske vansker eller lidelser. Behov bør avdekkes og hjelp bør tilbys så tidlig som mulig for at problemene ikke utvikler seg. Kommunene må arbeide systematisk og tiltaksrettet med tidlig intervensjon, og tilbud om behandling og oppfølging til barn og unge med psykiske lidelser.

Det gis også ut et eget årlig rundskriv fra helse- og omsorgsdepartementet om Nasjonale mål og prioriteringer. I rundskrivet for 2010 står det "for å møte de store folkehelseutfordringene vil styrking av psykisk helsearbeid i kommunene, herunder livstilsattiltak, forebygging, tidlig avdekking av sykdom og tidlig behandling, være sentralt."

¹ Veileder for barn og unge: Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (2007), og Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (2005). Sosial og helsedirektoratet.
² Psykisk helsearbeid inkluderer også tiltak for å fremme psykisk helse i befolkningen og forebygge psykiske vansker, og vil dermed utgjøre et viktig ledd i kommunenes folkehelsearbeid

Siden 2003 har det vært en nasjonal målsetting at minimum 20 prosent av innsatsen rettes mot barn og unge.

Ansvar: Både kommunen og andrelinjetjenesten driver utredning og behandlingstiltak.

Barn og unge: BUPene³ har ansvar for utredning og behandling av barn i alderen 0-17 år som har psykiske vansker av slik art eller grad at det er behov for spesialiserte tjenester. Dette kan for eksempel være ADHD/ADD, depresjon, angst, traumer, gjennomsigende utviklingsforstyrrelse, spiseforstyrrelser og psykose.

Voksne: DPene⁴ har ansvar for spesialisert utredning og behandling, og akutt og krisetjenester.

I veilederen for voksne pekes det på at det er en "særlig utfordring er knyttet til å vurdere om bruker kan hjelpes gjennom et utrednings-, behandlings-, oppfølgingsstiltak i kommunal regi eller om det er behov for utredning og eventuell behandling av spesialisthelsestjenesten."

1.2.2 OMFANG BRUKERE

Nedenfor presenterer vi nøkkeltall på antall brukere med psykiske vansker fra en del sentrale instanser i kommunen⁵.

Enhet	Antall brukere
Psykisk helsestjeneste	
Barn og unge	69
Voksne	64
Helsestasjon (Cirka)	350
Barnevern	
Barn og unge	32
Foresatte	52

Tabell 1 - Antall brukere med psykiske vansker som mottar tjenester fra kommunen⁶

Kommentarer: Noen brukere kan gå igjen i flere enheter. Vi har ikke nøkkeltall fra alle enheter.

Vi har ikke sammenlignbare tall, men tilbakenmeldingene tyder på en sterk økning i antall barn og unge som mottar et tilbud fra kommunens enhet for Psykisk helsestjeneste. Økningen tilskrives i første rekke at tilbudet er langt bedre kjent av brukere og aktuelle samarbeidspartnere (helsestasjon, barnehager, skoler, barnevern og PPT). Vi får opp-

³ Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.

⁴ Distriktpsikiatrisk senter.

⁵ Vi klarte ikke å fremskaffe en fullstendig oversikt fra PPT-tjenesten.

⁶ Tallene fra psykisk helse er fra februar 2010. Tallene fra barnevern er fra mars 2010 og tallene fra helsestasjonen er fra 2009. Kontaktsoneret ved enhet for psykisk helse har registrert 52 voksne brukere. Som regel mottar en lag 20 sykler, og de fleste av disse er brukere som allerede har en tjeneste.

Tallene fra barnevern er kontakt med 179 barn, hvorav 133 med tiltak (33 omsorg- og 100 hjelpetiltak).

lyst at antall voksne brukere har vært nokså konstant de siste årene. Hoveddelen av de voksne brukerne beskrives som "tunge" kronikere som følges opp over mange år.

Vi får opplyst at enheten for psykisk helse i kommunen, fremover skal forsøke å nå andre brukergrupper, mennesker med lettere depresjoner og lignende, og som gjerne er sykemeldt på grunn av lidelsen.

Man ønsker å ta i bruk mer utdrettede metoder for å nå flere og andre brukere. Blant annet ønsker enheten å øke samarbeidet med fastlegene for å få henvist de andre pasientgruppene til enheten. Dette er i tråd med de nasjonale føringene om økt fokus mot forebygging, tidlig avdekking og tidlig behandling. Psykisk helsejeneste ser også for seg å endre de interne prioriteringene mellom brukergruppene.

Tallene fra helsestasjonen er beregnet ut fra antall konsultasjoner². Vi får opplyst at skolehelsestasjonen hadde ca. 1800 konsultasjoner, som i all hovedsak handlet om psykisk helse. Av disse hadde Helsestasjon for ungdom og Psykisk helsejeneste hhv. 89 og 420 konsultasjoner. Psykisk helsejeneste har 69 unge brukere. Dette gir ca. 6 samtaler i snitt for hver av brukerne.

Samtalene med helsesøstrene kan dreie seg om mobbing, samliv, rus, depresjoner osv. Mens helsesøstrene på skolene har støttesamtaler går enhet for psykisk helse mer dyptpløyende til verks og kartlegger hva "problemet" handler om.

Ingen samlet oversikt over yngre brukere. Tallene vi har presentert over gir et visst bilde av hvor mange yngre brukere som mottar hjelp fra kommunen. Det finnes imidlertid ingen samlet tallmessig oversikt over denne målgruppen i kommunen. Man vet ikke hvor mange barn og unge med psykiske vansker som totalt sett mottar tjenester fra kommunen, eller hvor mange tjenester de mottar.

Dette er imidlertid noe som går igjen i alle kommunene vi har undersøkt: Kommunene har vansker med å fremskaffe tall på hvor mange barn og unge som mottar psykiske helsejenester. Det er minst tre årsaker til dette: 1) Det er veldig mange involverte parter, og 2) de ulike partene bruker ulike fagsystemer, 3) og det har ikke vært noen praksis for å fremskaffe en samlet tallmessig oversikt over denne brukergruppen.

Boligdekning

Overfor voksne knytter nye av ressursinnsatsen seg til boligtilbudet, som vi skal se nedenfor. Kommunen opplyser at ingen med psykiske lidelser står på venteliste for å få en tilrettelagt bolig.

Boligdekningen for brukere med psykiske vansker fordeler seg slik:

- Interkommunalt bofellesskap (IBO). Et botiltak for 6 (p.t. 5), og 3 beboere fra Eigersund (se over).

² De hadde ikke tall på hvor mange enkeltbrukere som mottok psykisk helsekonsultasjoner. Vi får opplyst fra ledende helsestøtter at det var ca. 11 000 konsultasjoner for tildelings- og skolehelsestasjoner i 2009.

- Damsgård bofellesskap: 8 beboere og en bemanning på ca 3 ½ årsverk.
- Rus-prosjektet: 8 beboere. Bofellesskap for brukere med betydelig rusproblemer/ psykiske vansker. Ca 4 ½ stilling
- Lundéne bofellesskap: 7 psykisk syke / demente beboere. Ligger under Sone Sentrum og er ikke en del av Psykisk helsejeneste.
- Enkelte brukere befinner seg i ordinære kommunale boliger.
- Kommer: Nytt botiltak, rehabiliteringsboliger for unge 5-6 brukere (se under).

1.2.3 SAMMENLIGNINGER MED ANDRE KOMMUNER

I denne delen har vi samlet noen utvalgte nøkkeltall fra feltet psykisk helse. Disse sier noe om ressursinnsats, prioriteringer og kompetanse. Vi sammenligner Eigersund med Sandnes og Sola. Grunnen til dette er at vi har parallelle forvaltningsrevisjoner innenfor psykisk helsearbeid i disse kommunene. Vi trekker også inn noen tall fra en Sintef-rapport om kommunale tiltak i det psykiske helsearbeidet. Disse tallene er fra 2007, men kan likevel fungere som en pekepinn på hvordan Eigersund prioriterer i forhold til landsgjennomsnittet.

1.2.3.1 HOVEDBILDET

Frem til 2008 mottok kommunene øremerkede stasjonære midler i forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse. I 2009 gikk disse over i kommunenes rammetilskudd. I tabellen under viser vi hvor mye kommunene fikk i øremerkede midler i 2008 sammenlignet med 2000. Vi ser at det har vært en kraftig vekst de siste årene.

	Eigersund	Sola	Sandnes
2000	1 900	2 476	6 828
2008	9 704	13 268	39 233
Økning	7 804	10 792	32 405
Total økning i %	411 %	436 %	475 %
Gjennittlig årlig vekst i %	51 %	54 %	59 %

Tilsvarende ser vi en sterk vekst i antall årsverk fra 2000 til 2008.

	Eigersund	Sola	Sandnes
2000	5	6,5	18,7
2008	19,8	22,8	74
Total økning	14,8	16,3	55,3
Total økning i %	296 %	251 %	296 %
Gjennittlig årlig vekst i %	37 %	31 %	37 %

I tabellen vises utviklingen i antall årsverk finansiert av statlige øremerkede midler. Vi har beregnet omfanget av det for 2008. I Eigersund var 52 % av årsverkene finansiert av øremerkede midler, mens i Sola og Sandnes var det hhv. 60 % og 41 %.⁸

1.2.3.2 NÆRMERE OM ÅRSVERK

Tiltak for voksne	Eigersund	Sola	Sandnes
Personell tilknyttet boliger for voksne med psyk lidelser	29,9	11,5	114,5
Hjemmetjenester (for hjemmeboende personer over 18)	6,0	9,4	29,8
Behandling, oppfølging og rehab, miljøarbeid, koord/faglig ledelse	3,6	7,0	21,5
Aktivitetssenter og/eller dagsenter	1,5	2,0	5,4
Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud	0,5	1,0	1,2
Kommunalt tilrettelegte arbeidstiltak	1,0	1,0	3,3
Sum årsverk voksne	42,5	31,9	175,7
Tiltak for barn og unge			
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	2,5	0,8	13,1
Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid	4,0	4,6	5,5
Aktiviteteter, kultur og fritidstiltak	2,7	1,2	1,3
Sum årsverk barn og unge	9,2	6,6	19,9
Sum årsverk alle	51,7	38,5	195,6

Tiltak for voksne	Eigersund	Sola	Sandnes
Personell tilknyttet boliger for voksne med psyk lidelser	58 %	30 %	59 %
Hjemmetjenester (for hjemmeboende personer over 18)	12 %	24 %	15 %
Behandling, oppfølging og rehab, miljøarbeid, koord/faglig ledelse	7 %	18 %	11 %
Aktivitetssenter og/eller dagsenter	3 %	5 %	3 %
Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud	1 %	3 %	1 %
Kommunalt tilrettelegte arbeidstiltak	2 %	3 %	2 %

⁸ Deresom den øremerkede finansieringen hadde fortsatt i 2009 hadde Eigersunds "egendel" økt betraktelig som følge av økt bemanning i forbindelse med opprettingen av IBC.

Sum årsverk voksne	82 %	83 %	90 %
Tiltak for barn og unge			
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	5 %	2 %	7 %
Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid	8 %	12 %	3 %
Aktiviteteter, kultur og fritidstiltak	5 %	3 %	1 %
Sum årsverk barn og unge	18 %	17 %	10 %

Kommentarer: Det har vært en stor økning i antall årsverk fra 2008 til 2009 i Eigersund (fra 14 til ca 30). Dette skyldtes i all hovedsak bemanning av et nytt interkommunalt bofellesskap (IBC) med veldig "tunge" brukere. Fellesskapet har 6 brukere, hvorav 3 er fra Eigersund og 3 fra de andre Dalanekommunene. Totalt 36 årsverk går med her, hvorav 18 fra Eigersund kommune.

I Eigersund er 29,9 av 42,5 årsverk, dvs. 70 % av årsverksinnsatsen for voksne, tilknyttet boliger. Til sammenligning er den 36 % i Sola og 65 % i Sandnes, og en rapport fra Sintef⁹ viser at 40 % av årsverkene går med til dette på landsbasis.

Eigersund bruker flere årsverk til psykisk helse enn Sola kommune. Eigersund bruker langt mer ressurser på årsverk i ulike typer boliger, og kommunen bruker også mer ressurser på barn og unge enn det Sola gjør. Sammenlignet med folketallet bruker Eigersund også flere årsverk enn i Sandnes til psykisk helse.

Tabellene viser at Eigersund bruker en lavere andel av ressursene enn de to andre kommunene på hjemmetjenester, behandling og oppfølging av voksne med psykiske vansker. Denne indikatoren omfatter årsverk til individuelle tiltak, gruppetiltak, støtte-samtaler, ansvarsgrupper og veiledning.

Eigersund bruker relativt nye til aktiviteteter, kultur og fritidstiltak rettet mot barn og unge. På landsbasis brukes 11 prosent av årsverkene rettet mot barn og unge til denne type aktiviteter. I Eigersund brukes 29 prosent.

Vi ser at Eigersund relativt sett bruker mer ressurser til barn og unge enn de to andre kommunene (18 %). Dette til tross for at det har vært en markant økning i antall årsverk til voksne (bemanning IBC). Dette er likevel under det nasjonale målet om at minst 20 prosent av innsatsen skal være rettet mot barn og unge. En rapport fra Sintef¹⁰ viser at 25 prosent av årsverkene på landsbasis går til tjenester for barn og unge (tall fra 2007), men at det er betydelige fylkesvise variasjoner. Kommunene i Sogn og Fjordane og Vestfold brukte hhv. 16 og 36 prosent av årsverkene til barn og unge.

Kort oppsummering: Relativt få voksne brukere med store behov legger beslag på størstedelen av ressursene i Eigersund. Det er ikke mulig å si om denne prioriteringen er korrekt uten å sammenligne behovene blant enkeltbrukerne. Sammenligninger av

⁹ Sintef-rapport: Kommunale tiltak i psykiske helsearbeid 2007 (2009).

¹⁰ Kommunale tiltak i psykiske helsearbeid 2007 (2009).

denne karakter forutsetter selvsagt også at tallene kommunene rapporterer inn til fylkesmannen er korrekte og faktisk sammenlignbare.

1.2.3.3 KOMPETANSE

Så vidt vi har oversikt over foreligger det ikke noen nasjonale kompetansekrav til de som arbeider med psykisk helse i kommunene. Kompetanseheving har imidlertid vært et av satsingsområdene. En evaluering foretatt av Sintef viser at kommunene har rekruttert færre psykologer enn det måltallet var i den nasjonale opptrappingsplanen (121 mot 184). Regjeringen har som mål fremover å gjøre psykisk helsehjelp i kommunen mer tilgjengelig gjennom blant annet å øke antall psykologer i kommunene¹¹.

Vi har ikke sammenlignbare tall på hvordan kompetansesammensetningen har utviklet seg over tid. Derfor ser vi i avsnittet under på kompetansesammensetningen slik den ser ut i dag.

Utdanning	Eigersund	Sola	Sandnes
Helse/sosialfaglig utd fra vgs m/videreutd i psyk helsearbeid	16 %	5 %	11 %
Helse/sosialfaglig utd fra vgs u/videreutd i psyk helsearbeid	14 %	13 %	26 %
Helse/sosialfag fra høyskole m/videreutd i psyk helsearbeid	21 %	22 %	23 %
Helse/sosialfag fra høyskole u/videreutd i psyk helsearbeid	19 %	16 %	33 %
Psykologer	0 %	0 %	0 %
Andre m/høgskole/universitetsutd m/videreutd i psyk helsearbeid	6 %	3 %	0 %
Andre m/høgskole/universitetsutd u/videreutd i psyk helsearbeid	0 %	31 %	1 %
Annent utdanning	24 %	11 %	6 %
SUM	100 %	101 %	100 %
Samlet andel med videreutdanning i psyk. helsearbeid	43 %	30 %	34 %

Kommentar: De fleste tiltakene utføres av personer med helse- og sosialfaglig utdanning, enten fra videregående eller fra universitet/høyskole.

Eigersund kommune har ingen psykologer som arbeider mot voksne eller barn og unge¹³. Til sammenligning har Sandnes 2,8 psykologårsverk som arbeider mot barn og unge. Eigersund har en langt høyere andel ansatte med høyskole / universitetsutdanning som arbeider mot barn og unge sammenlignet med Sandnes (65 % mot 46 %).

Vi ser at 43 % av Eigersunds ansatte har videreutdanning innen psykisk helsearbeid, mot 30 og 34 % for hhv. Sola og Sandnes.

¹¹www.regjeringen.no

¹² Vi setter ikke opp tilsvarende sammenligning, omkring barn og unge, fordi Sola har ikke rapportert inn tall her.

¹³ Vi setter ikke opp en tilsvarende sammenligning, omkring barn og unge, fordi Sola ikke har rapportert inn tall her.

I tillegg får vi opplyst at Psykisk helsejeneste har tatt initiativ til å få opprette en egen vernepleieutdanning i Dalane. Status her er at det er mange søkere til studiet (11. mars 2010), og at søknadsfristen er 15. april 2010. Dette er gjort for å støtte opp om enhetens langsiktige mål om å styrke den "målrettede miljøterapeutiske innsatsen i kommunen/distriktet."

1.2.4 AKTØRBILDET RUNDT BRUKEREN OG SAMORDNINGEN

Statlige føringer. Kommunen skal sikre at alle brukere med langvarige og sammensatte tjenester får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, uavhengig av om de ønsker en individuell plan eller ikke¹⁴. Det er ønskelig at disse brukerne får tilbud om én ansvarlig tjenesteyter/koordinator å forholde seg til som skal ha et særlig ansvar for å sikre samarbeid og ivaretagelse av brukerens interesser.

Et koordinert psykisk helsearbeid for barn, unge og voksne, samt deres familier, innebærer en helhetlig tenkning og et bredt spekter av tiltak i kommunen, på tvers av de tradisjonelle sektorensene.

Aktørbildet. Der er en rekke aktører som kan være involvert i arbeidet, særlig mot barn og unge. Dette vises i figuren, og er en illustrasjon på hvor viktig det er med samordning og koordinering.

¹⁴ Rapport IS 1315: Brukermøtevisning – psykisk helsefeltet. MÅL, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse, Sosial- og helsedokument, 04/2006. Rapport IS 1402: Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene.

innhold. Oversikten over tjenestetilbudet er ikke oppdatert, og sist oppdatering var i hlv. mai og juli 2007.

Samtidig ønsker vi å peke på at nettstedet Huba, som er rettet mot barn og ungdom, gir god og oversikkelig informasjon over tilbudet i Dalane kommunene. Det er lett å finne frem der, det gis informasjon om en rekke aktuelle tema, og nettsiden oppdateres årlig.

Enhet for psykisk helse administrerer om lag 65 årsverk¹⁵:

- 36 er tilknyttet IBO (nytt i 2009)
- 16,4 er tilknyttet andre boenheter. I dette tallet har vi også inkludert 4,5 nye årsverk (2010) til rehabiliteringsboligene.
- 3,6 Rusprosjektet (en del av enhetens ansvar fra 2010)¹⁶
- 7 årsverk i enheten som arbeider med oppfølging av voksne
- 2 årsverk som arbeider med å følge opp barn og unge.

De to som arbeider med barn og unge er også en del av skolehelse tjenesten. De har tett samarbeid med kommunens helsesøstre og BUP. I neste avsnitt går vi inn på Psykisk helse tjenestes tilbud til barn og unge.

I 2009 og 2010 har Enheten fått det administrative ansvaret for ca. 44 nye årsverk. Dette har medført en betydelig administrativ meningsans, både for Psykisk helse tjeneste og for sentrale personer ved rådhuset.

Ettersom Psykisk helse tjeneste reitter seg mot voksne (levetår) og barn (oppvekst) må enheten både forholde seg til sonene og hjelpe tjenestene¹⁷. Dette innebærer kontakt og samarbeid med et betydelig antall kommunale aktører.

1.2.5 SAKSGANGER, RUTINER OG PROSEDYRER

Basert på gjennomgangen over skulle en tro at det var så enkelt som at: Dersom en bruker er i førskolealder henvender man seg til helsestasjonen/PPT, og dersom brukeren er over 6 henvender man seg til Psykisk helse tjeneste. Men som oftest henvender ikke brukeren seg direkte til disse enhetene. Brukeren blir ofte fanget opp av eller henvist fra andre instanser.

Kommunen har ansvar for å fange opp behov og avdekke sykdom på et tidlig tidspunkt. Nedenfor går vi inn på hvordan et utvalg sentrale aktører i kommunen fanger opp, følger opp, og viderehenviser brukerne.

¹⁵ I all hovedsak basert på opplysninger fra leder for Psykisk helse tjeneste.

¹⁶ Rusprosjektet var tidligere et tiltak under levekårssekt, og er nå overført til Enhet for psykisk helse.

¹⁷ Enhet for psykisk helse, helsestasjon, PPT, barnevern, ungdomskomaktør, NAV og koordinator for barn med nedsett funksjonsevne.

1.2.5.1 SAKSGANGER – NOEN EKSEMPLER

Vi går ikke inn på alle relasjoner, rutiner og saks ganger som følger av figuren ovenfor. Det vil være for onstendelig og ta for lang tid. Det vi i stedet gjør er å trekke frem noen eksempler på hvordan saksforløpene foregår hos noen av nøkkeltaktørene.

PSYKISK HELSETJENESTE.

Barn og unge.

- Rolle: Primært samtale/behandlingsrolle. Men også rolle i forhold til å fange opp og viderehenvise.
- Rutiner og saks ganger. Henvendelsene kommer som regel fra skole, helsesøster, elever selv, foreldre, ungdomskontakt, gjennom nettstedet Huba. Enheten tilbyr individuelle samtaler, samtalegrupper, og er medlem av skolens URT. Det fattes ikke enkeltvedtak, og vi får opplyst at brukerne som regel får svar på henvendelse innen en uke. Det pekes på at det er viktig å komme i gang raskt for å opprettholde brukernes motivasjon. Enheten driver også en del utadrettet virksomhet for å gjøre tilbudet kjent for målgruppen (brukere fra 0-18). De som arbeider med barn og unge har tette bånd til helsestasjonen og BUP, og møtes regelmessig. Når ikke samtalerne strekker til, og det er behov for spesialiserte tjenester, henviser man brukeren til BUP, enten gjennom fastlege eller barnevern¹⁸.
- De to medarbeiderne er faste kontaktpersoner for 4 offentlige skoler hver. Dette dekker alle de offentlige skolene i kommune, men de har ikke kontakt med de private skolene. Her er det helsesøstrene som tar seg av eventuell oppfølging.

Voksne

- Rolle: Primært behandling/oppfølging. En rekke tilbud. Men også rolle i forhold til å fange opp og viderehenvise.
- Rutiner og saks ganger. Henvendelser kommer som regel fra NAV, helsesøster, hjemmesykepleie, fastleger og DPS, dersom bruker er ferdigbehandlet der. Sakene tildeles en primærkontakt i det ukentlige teammøtet. I veileder for psykisk helsearbeid beskrives primærkontakt som et viktig instrument for å sikre god samordning mellom brukere, pårørende og tjenesteapparatet på individnivå. Primærkontakt utreder saken med forslag til vedtak, og tar saken tilbake til teammøtet. Her blir vedtak fattet. Primærkontakten har ansvar for å følge opp vedtaket videre. Vi får opplyst at det ikke finnes noen faste tildelingskriterier. Det er det "subjektivt opplevte trykket hos pasienten som er det avgjørende." Det er gått svært få avslag, og da i tilfeller der det viste seg at psykiske vansker ikke var grunn til søknad. Enheten har ikke nøkkeltall som sier noe om hvor lenge brukerne venter på svar. Vi får opplyst at primærkontaktene tar kontakt med brukeren innen en uke etter at søknaden er mottatt. Noen ganger får de også en tjeneste før vedtaket er effektivt. Vedtaket fattes som regel innen en uke eller tre. Kontaktsenteret er lavterskeltilbud der brukerne ikke trenger et vedtak for å få plass.

¹⁸ Det er standard for alle at henvisningene til BUP går gjennom enten fastlege eller barnevern.

HELSESTASJON.

- **Rolle, Oppdager-, henviser- og veileder/behandlerrolle.**
- **Rutiner og saks-ganger.** Vi får opplyst at hundre prosent av de nybakte mødre kommer til helsestasjonen, og helsestasjoner/skolehelsestjeneste når en rekke brukere med sine mange konsultasjoner. Dersom problemer avdekkes kan helsestasjonene avholde støttesamtaler opp til et visst nivå. Ved behov for grundigere oppfølging og kartlegging overtar Psykiske helsestasjon oppfølgingen. Ved mer omfattende problemer kobles BUP inn. Henvisningen må formelt gå gjennom farslegen eller barnevernsleder, dersom det er en barneverns sak. Helsestasjonen har tett relasjon med BUP, som kommer månedlig på helsestasjonen og driver veiledning av ansatte. Her diskuterer man vanskelige saker, og her deltar også involverte medarbeidere fra Psykisk helsestasjon. Dersom saker kommer opp, og det er lenge til neste møte, er det vanlig at helsestasjonen kontakter BUP tidligere. I tillegg til støttesamtalene har helsestasjonen også gått inn på behandlingssiden. Helsestasjonen har en person i en 40 prosent PMTO-terapeutstilling¹⁹.

BARNHAGE²⁰

- **Rolle.** Primært oppdager- og henviserrolle, men også ansvar for å tilrettelegge det pedagogiske opplegget.
- **Rutiner og saks-ganger.** Enhet for psykisk helse har ikke noen rolle i forhold til barn fra 0-6. PPT og helsestasjon har den mest sentrale rollen, og begge parter er medlem av barnehagens utvidede ressursteam. Det er som regel disse det tas kontakt med ved mistanke om psykiske problemer. Men det kan også hende at en tar kontakt med fastlege. Det pekes videre på at BUP og PPT er hjelpeløse med råd og hjelp.

SKOLE²¹

- **Rolle:** Primært oppdager- og henviserrolle, men også ansvar for å tilrettelegge undervisning for elever med særskilte behov.
- **Rutiner og saks-ganger.** Ved mistanke om psykiske problemer hos elever melder lærerne dette inn til skolens ressursteam²². Som regel tas det videre opp i minitvidet ressursteam²³. Da kan man bli enige om at helsestasjon tar seg av den videre oppfølgingen. Det er helsestasjon på alle skolene. Ved behov for kartlegging og en tettere oppfølging kobles enhet for psykisk helse inn, og gjennomfører

¹⁹ Denne stillingen er finansiert av barnevernet i kommunen. PMTO: Metoden Parent Management Training Oregon (PMTO) er utviklet for foreldre med barn mellom 3 og 12 år som viser tydelige tegn på høy aggresjon, og som opplever konflikter med andre barn og voksne. PMTO er et eksempel på såkalt evidensbaserte tiltak. Dette er tiltak som bygger på forskning og systematisk kunnskap. Tiltaket har en eksplisitte praksis, dvs. et systematisk utprøving og utviklingsarbeid.

²⁰ Eksempel hentet fra Kvalitetskontrollen barnehage.

²¹ Eksempel hentet fra Helsestasjon ungdomsskole.

²² Her stiller rektor, rådgiver og to kontaktlærere.

²³ Da deltar også representant fra PPT, psykisk helse og helsestasjon. Antennehver uke.

Psykisk helsearbeid

veiledningssamtaler. Hvis det er behov for videre oppfølging kontaktes PPT eller BUP²⁴. Dersom det er behov for utredning/behandling fra BUP ber skolen foreldrene først ta kontakt med fastlege, som har henvisningsmyndighet til BUP.²⁵

Gjennom hele prosessen har man løpende kontakt med elev og foresatte. Sistnevnte møter regelmessig to ganger i året i det utvidede ressursteamet og kalles også inn ved bekymring.

1.2.5.2 INDIVIDUELL PLAN OG ANSVARSGRUPPER

Førringer. I veileder for psykisk helsearbeid beskrives individuell plan og ansvarsgrupper som viktige instrumenter for å sikre og samordning mellom brukere, pårørende og tjenesteapparat²⁶. Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med brukeren.

Den individuelle planleggingen skal sikre at det foretas nødvendige kartlegginger og at det etableres et samarbeid på tvers av sektorer, etater og nivåer for at tjenestemottakeren skal få et helhetlig tilbud. Individuell utviklingsplan i barnehager (IUP), individuell opplæringsplan (IOP) i skolen og tiltaksplaner i barnevernet er kjente ordninger med egne lovkrav. Individuell plan (IP) er "overbygningen", som skal sikre at tjenestemottakeren blir tildelt én tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølging av han eller henne. Prosessen skal også sikre tjenestemottakeren innflytelse og et tilpasset tjenestetilbud. Planen er dessuten et viktig verktøy for å ivareta samarbeid og planlegging ved overgang fra barn og ungdom til voksen.²⁷ En individuell plan skal være tjenestemottakerens plan og det er vedkommendes mål det skal arbeides mot.²⁸

Antall: I Eigersund kommune har 28 voksne med psykiske vansker en individuell plan. Vi får opplyst at man ikke har tallene klare for barn og unge, men at det i alt var ca. 60 barn og unge som hadde en individuell plan (ikke bare psykisk helse)²⁹.

Ansvarsdeling: I Eigersund er det den instans som arbeider tettest opp mot brukeren som er koordinator for Individuell plan og ansvarsgruppen. Dette vil si helsestasjon eller barnehagestyret opp til barnet er 6 år, deretter rektor ved den aktuelle skolen frem til de går ut 10. klasse. Sonene overtar koordinatoransvaret når brukeren går over i videregående skole, mens enhet for psykisk helse har koordineringsansvar fra når brukeren er 18år.

²⁴ Se rapport om Dalane PPT for mer detaljert om saks-gangen her.

²⁵ Henvisningene kan bare komme fra lege eller leder av barnevernstjenesten.

²⁶ Retten til å få utarbeidet en individuell plan er hjemlet i sosialtjenesteloven § 4-3a og posisjonsrettsloven § 2-5. Plikten til å utarbeide individuell plan er hjemlet i sosialtjenesteloven § 4-3b, kommunehelsestjenesteloven § 6-2a, lov om spesialisthelsetjenesten § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1, og barnevernloven § 3-2a.

²⁷ Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (03/2007)

²⁸ Individuell plan 2007. Veileder til forskrift om individuell plan. Sosial- og helsedirektoratet, 2007

²⁹ Vi får opplyst fra helsestasjonen at man i dag har 66 ansvarsgrupper for barn og opp til 16 år og at de aller fleste av disse har tatt kontakt med helsestasjonen for å få utarbeidet individuell plan.

³⁰ I enhet for psykisk helse har hver bruker en primærkontakt som har et særskilt ansvar for å følge opp veileder som er gitt den enkelte, samt en rekke andre oppgaver. Primærkontaktene har også ansvar for å gi brukerne tilbud om individuell plan, og koordinere planarbeidet.

Psykisk helsearbeid

Ifølge representanter fra kommunen innebærer ordningen at rutinene er forutsigbare både for brukerne og for tjenesteyterne og koordinatorene.

Retningslinjer og praksis

Tabell 8 - Rutiner for Individuell plan (rapportering Fylkesmann 2008²¹)

Har kommunen rutiner for utarbeiding av individuell plan for barn og unge	Ja
Har kommunen rutiner for utarbeiding av individuell plan for voksne	Ja

I Eigersund har kommunen rutiner/retningslinjer for hvordan IPene skal se ut - én for voksne og én for barn og unge. I tillegg finnes det en felles rutine for ansvarsgruppene. Rutiner er basert på nasjonale lover og forskrift om Individuell plan.

For barn og unge er det en egen prosjektleder (som er koordinator for barn og unge med nedsatt funksjonsevne) som ser nærmere på bruken av IPer og ansvarsgrupper. Retningslinjene for Individuell plan er revidert flere ganger, sist i mai 2009. Retningslinjene for IP for voksne ble sist revidert i 2003.

Individuell plan er en rettighet som er hjemlet i flere lover: kommunehelsefjenesesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og sosialtjenesteloven § 4-3a. Rettigheten reguleres likevel av en felles forskrift og veileder. Avhengig av lov hjemmel følger det av forskriften ulike prosedyrer for klagebehandling.

I Eigersund er det ikke vanlig at barn eller voksne søker om å få rettigheten oppfylt. Det er heller ikke vanlig å fatte formelt vedtak om det, opplyse om eventuell hjemmel for vedtaket, eller opplyse om klageadgangen. Det forekommer heller ikke avslag.

Vi har vært i kontakt med helsedirektoratet som sier at kommunene praktiserer reglene litt forskjellig. Anbefalingen er at man utarbeider rutiner om skriftliggjøring av svar med klageadgang. Dette oppfattes å være mer praktisk og ryddig.

I Eigersund Det er som regel den instans som har koordineringsansvaret, i samarbeid med bruker, som tar initiativet til en ansvarsgruppe og en IP. Dersom en bruker har rett på en IP og ikke får det, kan hun anmode kommunen om å få en. Vi får opplyst at kommunen aldri har fått et avslag eller en skriftlig klage på at noen ikke har fått oppfylt retten til en IP. I intervjuene pekes det på at de ulike instansene som regel ser behovet for brukere eller foresatte. Klar fordeling av IP-koordineringsansvar, og stor støtte blant rektorer og barnehagestyrere, betegnes som viktige elementer for å sikre at brukerne blir informert om sin rett til IP. Det pekes også på at brukerne har innflytelse på sakslisten og retningen for arbeidet (Brukermedvirkning), noe også en nylig gjennomført spørreundersøkelse tyder på (se under).

²¹ Det ble ikke rapportert på dette i 2009.

Evaluering: Voksne: Enhet for psykisk helse er pr mars 2010 i gang med en gjennomgang av samtlige brukere for å sjekke innholdet i og bruken av IPer. Primærkontaktene skal gå sammen og sjekke hvem som har IP, hvem som ikke har, og om det er noen av dem som ikke har som ønsker IP²².

Barn og unge: Det er gjennomført to spørreundersøkelser omkring praksisen rundt bruk av Individuell plan (vår og høst 09)²³. Førstnevnte gav størst svarprosent, og resultatene herfra viste at:

- 85 prosent av foreldrene som ble spurt var helt eller delvis fornøyde med dagens ordning.
- Kartleggingen viste også at tjenesteyterne ikke er like fornøyde. De ønsker mer info om hva ansvarsgruppe og individuell plan er, og om de ulike enhetene som deltar i ansvarsgruppen.

Informasjon. Ifølge veileder om Individuell plan er det ulike måter å informere om planen på. Informasjonen kan blant annet gis gjennom brosjyrer og hjemmesider på internett. Eigersund kommune har ingen informasjon om Individuell Plan på internett. Fra direktoratet pekes det på at det er viktig å ha gode rutiner for å gi informasjon slik at brukerne blir kjent med rettighetene sine.

I undersøkelsen fra høsten 2009 etterlyser koordinator at retningslinjer og samtykkeerklærings skjema legges på nett slik at de er elektronisk tilgjengelige. I intervjuene får vi opplyst at alle kommunenes rutiner, retningslinjer og maler skal inn i det nye kvalitetssystemet QM4+. Man ønsker også en elektronisk basert IP fordi det da ville være lettere for involverte parter å oppdatere planen kjøpt. Dette er imidlertid skrinlagt av økonomiske årsaker.

Tilbakemeldingene i våre intervjuer tyder også på at Individuell Plan og ansvarsgruppene i all hovedsak fungerer godt: "Folk må få synene opp for hvor fantastisk arbeidsrelasjon IP og ansvarsgruppene er. Da unngår den enkelte enhet å kave rundt med problemer som kunne vært løst i ansvarsgruppene. Der treffer du fysio og lege og de som er rundt barnet hver dag."

Legers rolle i forbindelse med IP og ansvarsgrupper. Det pekes på at en del fastleger ofte uteblir fra ansvarsgruppen, selv om det varierer fra lege til lege. De er heller ikke involvert i utarbeidelsen av IPen, men de har kjennskap til den medisinske delen av planen. Fra kommunelegen vises det til at det hadde vært enklere om den individuelle planen hadde vært elektronisk. Da kunne den vært lagt rett inn i legenes elektroniske journal, noe som ville vært til fordel for oppfølgingen av bruker.

²² Dette krevde at brukerne samtykket fra brukerne. Noen brukere har takket ja til en slik gjennomgang, mens andre har takket nei.

²³ Kommunen har fulgt opp undersøkelsene og gått gjennom retningslinjer og konkrete planer.

1.2.6 SAMARBEID OG SAMHANDLING

1.2.6.1 INNLEDNING

Tre av hovedmålene i kommunens handlingsplan for psykisk helse er:

- Et godt tverrfaglig samarbeid i kommunen.
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten både om den enkelte bruker og samarbeid om å lage gode hjelpetilbud.
- Reell brukermedvirkning i forhold til egen utvikling som bruker og i forhold til medinnflytelse for å få til gode hjelpetjenester.

1.2.6.2 SAMARBEIDSARENAER

Tabel 9 - Samarbeid, brukermedvirkning og individuelt plan (rapportering Fykesmann 2008³⁴)

Har kommunen samarbeid med NAV (regelmessige møter og/eller kontakt ved behov) unge	Ja
Har kommunen fast, strukturert samarbeid med spesialist (psyk. helsevern) om barn og unge	Ja
Har kommunen fast, strukturert samarbeid med spesialist (psyk. helsevern) om voksne	Ja
Har kommunen samarbeid med bruker/pårørendeorga innen psykisk helse (regelmessige møter e.l)	Ja

Det er egne retningslinjer for samarbeidet mellom Eigersund kommune og BUP, DPS og Helse Stavanger HF. Hensikten med retningslinjene er å bevisstgjøre partene til å samarbeide om å sikre pasientene et faglig og helhetlig tilbud, og en effektiv ressursutnyttelse. Samarbeidsavtalene revideres årlig, og samarbeidsavtalene med BUP og DPS er sist revidert i hhv. juni og november 2009.

Det er også en rekke møter mellom kommunale aktører (For eksempel Psykisk helse-tjeneste, helsestasjon og PPT) og andrelinjen i forbindelse med det brukerrettede samarbeidet. I tillegg kommer BUP månedlig på helsestasjonen og driver veiledning. I arbeidet rundt Oppsøkende behandlingsteam og Barne- og familietjenester legger en også opp til et tett operativt samarbeid.

Annenhver uke er det ledermøter for alle lederne i hjelpetjenestene³⁵. Psykisk helse-tjeneste har dessuten faste møter med NAV og andre helsefagstjenester (Hjernesesykepleie, fysio- og ergoterapi), og driver veiledning av i forbindelse med psykiske lidelser innenfor eldreomsorgen.

Det er også faste møtepunkter mellom Psykisk helsestasjon og skolene gjennom deltakelse på skolens utvidede ressurssteam (URT). Enheten har også tette koblinger til helsestasjonen ettersom to av medarbeiderne også arbeider innenfor skolehelsestasjonen.

³⁴ Det ble ikke rapportert på dette i 2009.

³⁵ Enhet for psykisk helse, helsestasjon, PPT, barnevern, ungdomskontakt, NAV og koordinator for barn med nedsluttet funksjonsnivå.

Selv om det gis et positivt hovedinntrykk, blir det også pekt på noen samhandlingsutfordringer.

1.2.6.3 UTFORDRINGER

Brugermedvirkning. Dataene tyder på at brukermedvirkning på systemnivå ikke har fungert så godt i Eigersund kommune. Dette synes dels å henge sammen med at en del sentrale brukerorganisasjoner ikke har hatt lokallag i Eigersund. Dels synes det å henge sammen med Brukerforums status og rolle.

Brukerforum i Eigersund har ikke status som et politisk utvalg på samme måte som Brukerrådet i Sandnes. Det er heller ikke gitt klare regler for hvor lenge medlemmene skal sitte og hvem de skal representere. "På denne måten blir Brukerforum veldig løst og tilfeldig forankret."³⁶

Råd for funksjonshemmede, Eldrerådet og Innvandrerrådet er nylig slått sammen til et mer vidtåpnende brukerråd (2010). Brukerforum og deres representanter i administrasjonen har i den forbindelse ytret ønske om at det skal etableres et eget Råd for psykisk helse, som skal legges inn i Brukerrådet. I første omgang er dette avslått fra administrasjonen, blant annet fordi kommunen er i gang med å evaluere den politiske strukturen. Det pekes videre på at Brukerforum kan komme med innspill til saker til Brukerrådet, på samme måte som andre interessegrupper.

Oppfølging og behandling. Flere både i kommunen og andrelinjen mener at man ikke klarer å gi god nok systematisk oppfølging og behandling når bruker først er fanget opp. Spesielt synes dette å gjelde barn som har vært utredet og behandlet av BUP, og kommer tilbake igjen til kommunen. Dette ble det også pekt på i Rogaland Revisjons rapport om Dalane PPT (2009).

- BUP måles av Helse Vest blant annet på dekningsgrad og ventetider. Enheten skal ha en dekningsgrad på 5 prosent, og vi får opplyst at man har nådd dette målet uten ventefristbrudd. Dette klarer man ved å holde pasientene kortere i systemet, dvs. at det gjennomsnittlig er færre konsultasjoner pr bruker i Eigersund enn ved andre BUP-er.
- Fra kommunen pekes det på at dette at innebærer større trykk på kommunens tjenester. De pekes på at kommunen tilbyr noen evidensbaserte opplegg³⁷ som PTMO (40 % helsestasjon) og PALS (40 % - to skoler), men at dette totalt sett er for tynt i forhold til behovet.

³⁶ Referat fra Brukerforum 09.12.2009.

³⁷ Dette er tiltak som bygger på forskning og systematisert kunnskap. Tiltakene har en ekspliserte praksis, dvs. en systematisk utprøving og utviklingsarbeid. PTMO: Metodon Parent Management Training (PMTO) er rådgivning for foreldre med barn mellom 3 og 12 år som viser tydelige tegn på høyt aggressjonsnivå, og som hyppig kommer i konflikt med andre barn og voksne. PMTO er et eksempel på såkalte evidensbaserte tiltak. PALS står for Positiv Adferd, støttetunde Læringsmiljø, og Samhandling i skolen.

- Vi får også opplyst at det har vært snakk om at BUP igjen skal i gang med et foreldreveiledningstilbud, som ble lagt ned for noen år siden. Dette var rettet mot foreldre til foreldre med barn med ADHD og lignende diagnoser.

Overgang fra BUP til kommune. Vi får opplyst at BUP som regel anbefaler Individuell plan og ansvargruppe fra brukere som blir utskrevet. Fra kommunen pekes det på at viktige aktører i kommunen ofte ikke deltar i tilbakemeldingsmøte, og at dette svekker kommunens oppfølging: "Helsesjansen og barnvern deiter som oftest ut." Det pekes videre på at det ikke er vanlig at BUP kaller inn de som er i daglig kontakt med barna, som barnehage og skole. Andre i kommunen, som enhet for psykisk helse, hevder at dette har blitt bedre, og forteller at de blir kalt inn til tilbakemeldingsmøte.

Aktører i kommunen har også yret ønsker om å ha møter med BUP i forkant av tilbakemeldingsmøtene. Her ønsker man å bli enige om den videre oppfølgingen. Hensikten med dette er å unngå at BUP anbefaler en oppfølging kommunen ikke har ressurser til å dekke. Fra BUP pekes det på at man ikke ønsker å prosedyrefeste en slik ordning. Dels fordi en i BUP ikke har ressurser til dette, og dels fordi man mener det strider mot brukermedvirkningen (foresatte deltar på tilbakemeldingsmøtene, ikke på formøtene).

Tunge brukere som tidligere bodde på statlige psykiatriske institusjoner. Disse har kommunen ansvar for. Fra kommunen pekes det på at denne brukergruppen er så tung at den ikke burde vært et kommunalt ansvar, og at lovverket ikke gir de kommunalt ansatte det nødvendige verktøyet for å håndtere ulike situasjoner (bruk av tvang). Fra andrelinjene pekes det på at disse brukerne faller mellom to stoler, og at de blir kasteballer mellom de ulike instansene.

Det må imidlertid understrekes at en del samarbeidstilak er på gang. I Dalane får IBO bistand fra et mobilt innsatsteam fra SUS. I tillegg jobbes det med å få på plass et oppsøkende behandlingsteam, der kommune og DPS skal arbeide sammen om å følge opp brukere med blandingsproblematikk.

Legers rolle i kartleggingen. Fra andrelinjen og kommunen pekes det på at sentrale deler av den forutgående kartleggingen til BUP er fastlegges oppgave. Blant annet skal fastleggene gjøre egne undersøkelser og delta i innskrivingsmøtene. Sosial og helsediagnostikeren har blant annet en oversikt over når fastlegen skal gjøre undersøkelser i forbindelse med AD/HD. I praksis skjer dette i liten grad, og som regel er det PPT som må ta seg av denne kartleggingen. Det understrekes samtidig at det finnes et par unntak: "Et par leger er veldig flinke til dette."

Tilgjengelige prosedyrer og retningslinjer på nett. Pr. i dag finnes det ikke prosedyrer tilgjengelig på inter- eller intranett. Vi får imidlertid opplyst at alle kommunenes rutiner, retningslinjer og maler skal inn i det nye kvalitetssystemet QM+.

1.2.7 OVERSIKT OVER BEHOV

En av problemstillingene i dette prosjektet var: Hvordan holder kommunen oversikt over behovet blant brukere med psykiske lidelser?

Revisjonskriterier her er:

- Sosialtjenesteloven § 3-1 fastslår at sosialtjenesten skal gjøre seg kjent med levekårene i kommunen, rette spesiell oppmerksomhet mot trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale problemer, og søke å finne tiltak som kan forebygge slike problemer. Lovens § 3-2 omhandler samarbeid med andre deler av forvaltningen.
- Kommunehelsestjenesteloven § 1-4 fastslår at kommunens helsestjeneste til enhver tid skal ha oversikt over helsestilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne.
- Veileder for psykisk helse blant barn og unge sier at kommunens ansvar etter nevnte bestemmelser bør inngå i kommunens planarbeid på det psykiske helsefeltet.

Våre funn er oppsummert:

- Eigersund kommune har en rekke virkemidler til å fange opp barn og unges behov for psykiske helsestjenester. Men det finnes ingen tallmessig samlet oversikt over denne målgruppen (se over). Dette er noe som går igjen i alle kommunene vi har undersøkt.
- Helsestasjonen har mange konsultasjoner i løpet av et år, og mange av disse dreier seg om psykiske vansker.
- Helsestasjonen foretar 200 kartlegginger (100 %) eller screeninger rettet mot gravide eller kvinner som nettopp har født. Ved å bruke screeninginstrumentet Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) skal man å identifisere mødre med symptomer på nedstemthet og depresjon. Hensikten med dette er å bli oppmerksom på angst- eller depresjonstilstander i forbindelse med svangerskaper slik at hjelp kan settes inn på et tidlig stadium.
- Vi får opplyst fra helsestasjonen at alle gravide og nybakte mødre kommer dit, selv om det er et frivillig tilbud.
- Helsestasjonen møter brukerne regelmessig, og bare i løpet av barnets første leveår møter man foresatte og barn vanligvis fem ganger i året, og noen ganger hver måned.
- Kommunen skal i løpet av året ta i bruk kartleggingsverktøyet Brukerplan²⁸. Dette er i utgangspunktet et verktøy for å kartlegge omfanget og karakteren av rusmisbruk i kommunen (dvs. voksne brukere)²⁹. De som blir kartlagt er innbyggere som oppfattes av en eller flere enheter å ha et rusmisbruk. Fagpersoner kartlegger og det er deres kompetanse som legges til grunn for kartleggingen. Tallene fra kartleggingen brukes til å synliggjøre omfang og karakter av rusmisbruk i

²⁸ Utviklet av Korfor, som er et regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest.

²⁹ Godkjent av datatilsynet.

kommunen - sammenlignet med andre kommuner. I kartleggingen vil en også få en oversikt over hvem som yter tjenester til brukerne pr. dags dato, og om brukerne har en ip og ansvargruppe. En vil også kunne dokumentere forventet etterspørsel, noe som gir grunnlag for å prioritere mellom grupper eller enkeltgrupper. Vurderingsområdene i kartleggingen er: Rusing, økonomi, psykisk helse, fysisk helse, bolig, sosial adferd, nettverk og arbeid/aktivitet. Det skal også utvikles en egen modul som går på psykiske vansker/tildelser (voksne)⁴⁰. Denne modulen skal organiseres rundt de samme prinsippene.

1.2.8 STATUS FOR OPPFØLGING AV PLAN

Vi får opplyst fra kommunen at man ikke planlegger en skriftlig evaluering av Plan for psykisk helsearbeid.

1.2.8.1 MÅL

Kommunens plan for psykisk helse (07-10) inneholder et sett med overordnede målsettinger (forkortet):

1. Et godt tverrfaglig samarbeid i kommunen.
2. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten både om den enkelte bruker og samarbeid om å lage gode hjelpetilbud.
3. Reell brukermedvirkning i forhold til egen utvikling som bruker og i forhold til medinnflytelse for å få til gode hjelpetjenester.
4. Kompetansoppbygging på alle kommunale tjenestenivåer.
5. Systematisere pårønderarbeidet til mennesker med psykiske lidelser.

1.2.8.2 TILTAK

Planen inneholder en rekke konkrete tiltak⁴¹, og de fleste er gjennomførte. Følgende tiltak er ikke gjennomførte:

- Voksne pkt 4: Vaktermestertjeneste/tiretrelagt arbeid. Vaktermestertjenester for mennesker med psykososiale problemer.
- Alle aldersgrupper:
 - o PKT 3: Fritids og kultur. Kulturetaten kan arrangere tiltak innrettet mot mennesker med psykisk problemautløst i alle aldre, men trenger mer ressurser.
 - o PKT 6: Vold og krisesenter. Brosjyre laget i 2006. Støtte til sentrene i Stavanger for å få utvidet åpningstidene.
 - o PKT 7: Styrking av samarbeidet til frivillige lag og foreninger.

⁴⁰ Jf Interkommunalt samarbeidsmemor på rådhuset i Eigersund 05.05.10

⁴¹ Se side 20 og utøver.

- Barn og unge
 - o PKT 2: Husmorvikar. Hjelp til småbarnsforeldre og spesielt aleneforeldre som blir syke og ikke har tilgjengelig familie
 - o PKT 5: Musikkterapeut kulturskolen

Vi får opplyst fra Psykisk helsejeneste at disse tiltakene så langt ikke har vært prioritert.

Vi får videre opplyst at Psykisk helsejeneste har valgt å satse på rehabiliteringstiltak i stedet for servicetiltak. Det man skal satse på er:

- Et eget barn og familiesenter.⁴² Hensikt: Man ønsker et slikt senter for å få til en bedre samordning av tjenestene til barn og unge, både internt i kommunen og mot andrelinjen⁴³. Familiesentermodellen er utviklet gjennom et pilotforsøk i 6 kommuner i regi av opptrappingsplan for psykisk helse, og anbefales av sentrale myndigheter som et virkemiddel for å samordne tjenester (for mer om dette, se vedlegg).
- Oppsøkende behandlerteam Dalane. Kommunen og andrelinjetjenesten skal arbeide sammen om å iverksette og følge opp tiltak for brukere med blandingsproblematikk innenfor rus og psykiatri⁴⁴. Et av målene med er å sikre at brukeren blir behandlet i sin kommunale bolig. Det er søkt om statlige midler til dette tiltaket.
- Rehabiliteringsboliger. Man skal omgjøre overgangsboliger til rehabiliteringsboliger for 5-6 unge brukere (17-25) med behov for miljøterapeutisk oppfølging over tid. Satsingen henger sammen med at det har vært en økning i antall brukere under 25 med spesielle behov. Ved dette tilbudet kan man kombinere en forsvanlig bosituasjon med langsiktig individuelt tilrettelagt rehabilitering. Rehabiliteringsboligene skal være opplæringsstiltak for den enkelte, og ikke et ordinært botilbud. Hensikten er å gjøre den enkelte i stand til å klare seg best mulig på egen hånd.

Det er ikke tatt politisk vedtak om nedprioritering av punktene i handlingsplanen og prioritering av de nevnte rehabiliteringstiltakene. Vi får opplyst fra Enhet for psykisk helse at man ønsker å ta opp dette i forbindelse med rulleringen av plan for psykisk helse, høsten 2010.

⁴² Oppfølging av tiltak nr 1.3 i oppvekstplanen, samt eget vedtak i kultur og oppvekstutvalget i november 2007 (sak 10/07). Prosessen er foreslått på grunn av at helsestasjonen var opplyst med vaksinerings (pandem) fra midten av oktober frem til årsskiftet 2009/2010.

⁴³ Sentrale aktører: Kommunale - helsestasjonsjenestene (inkl skolehelsetjeneste og svangerskapsomsorg), Åpen barnehage, barnevern, Enhet for psykisk helse, PPT, ungdomskoleaktat, koordinatør for barn og unge med nedsett funksjonsevne, Stadige - Familievernkontoret, NAV, Bufdøl og BUP.

⁴⁴ Dette er et interkommunalt prosjekt som kommunene Eigersund, Sokndal, Bjerkreim og Lund har gått sammen om. Prosjektet er formålst i Dalane DPS

1.3 VURDERINGER OG ANBEFALINGER

1.3.1 ET PRIORITERT OMRÅDE

Gjennomgangen viser at psykisk helsearbeid i kommunene har vært et prioritert område de siste årene. Fra 2000 til 2008 økte de statlige øremerkede midlene til Eigersund kommune fra 1,9 til 7,8 millioner kroner (ca 400 %), og antall årsverk økte fra 5 til nesten 20 årsverk (ca. 300 %). Eigersund har også brukt en god del ressurser utover det som har vært finansiert gjennom de øremerkede midlene (ca. 50 % i 2008).

Eigersund er den eneste av tre kommuner (de andre er Sandnes og Sola) som ikke har noen personer med psykiske lidelser på venteliste for å få en tilrettelagt bolig.

De fleste som utfører psykisk helsearbeid i Eigersund kommune har helse- og sosialfaglig utdanning, enten fra videregående eller fra høyskole. Vi har ikke tall på hvordan kompetansesammensetningen har endret seg over tid.

1.3.2 OVERSIKT OVER BEHOVSDEKNING

1.3.2.1 BARN OG UNGE

Gjennomgangen tyder på at Eigersund kommune har en rekke virkemidler til å fange opp barn og unges behov for psykiske helse tjenester. Målgruppen er regelmessig innom helsestasjon/skolhelsestasjon, og går som regel i barnehage eller på skole. Det er videre etablerte rutiner og systemer for samarbeid, og de involverte partene har god kjennskap til hverandres rolle i det psykiske helsearbeidet. Både tallene og intervjuene våre indikerer at Eigersund når mange og ulike brukere med tilbudet sitt.

Det finnes imidlertid ingen samlet oversikt over denne målgruppen i kommunen. Man vet ikke hvor mange barn og unge med psykiske vansker som totalt sett mottar tjenester fra kommunen, eller hvor mange tjenester de mottar.

Dette er imidlertid noe som går igjen i alle kommunene vi har undersøkt. Kommunene har vansker med å fremskaffe tall på hvor mange barn og unge som mottar psykiske helse tjenester. Det er minst tre årsaker til dette: 1) Det er veldig mange involverte parter, og 2) de ulike partene bruker ulike fagsystemer, og 3) det har ikke vært noen praksis for å fremskaffe en samlet tallmessig oversikt over denne brukergruppen.

Dels er dette et definisjonsspørsmål, i den forstand at en psykisk plage kan være mer eller mindre tung og mer eller mindre varig. Noen plager kan være av så omfattende karakter at de diagnostiseres og benevnes som en psykisk lidelse.

Vi anbefaler kommunen å skaffe til veie jevnlige oversikter over antall barn og unge som mottar psykiske helse tjenester, og om behovet.

Det vil gi bedre styringsinformasjon ved planlegging og prioritering, og dermed kunne bidra til en bedre målretting av innsatsen. Det vil også gi muligheter til å sammenligne utviklingen over tid. Vi vil understreke at få områder i kommunesektoren har opplevd liknende ressursvekst gjennom 2000-tallet, med en tre-firedobling. Selv om den statlige opptrappingsplanen er brakt til ende, er det viktig å sikre at den videre utbygging skjer ut fra best mulig kunnskap om behov, leveranser og oppnådde resultater.

1.3.2.2 VOKSNE

Det er enda vanskeligere å fange opp voksnes behov ettersom voksnes psykiske vansker ofte ikke er synlige for andre deler av det kommunale tjenesteapparatet (går ikke på skole).

Hoveddelen av Psykisk helsestasjon brukere beskrives som "tunge" kronikere. Flere av disse brukerne er veldig ressurskrevende, og det er denne brukergruppen som legger beslag på størstedelen av ressursene. I Eigersund er nesten 60 % av årsverksinnsatsen innen psykisk helse (barn, unge og voksne) tilknyttet boliger. Gjennomgangen tyder på at kommunen bruker mer på oppfølging av voksne i boliger enn andre kommuner.

Enheten har svært få voksne brukere med lettere lidelser, og som trenger hjelp til å "komme seg over kneika." Enheten ønsker å styrke samarbeidet med fastlegene slik at de kan nå flere brukergrupper. Dette er i tråd med de nasjonale føringene om økt fokus mot forebygging, tidlig avdekking og tidlig behandling.

Dersom en ønsker å nå flere voksne brukere kan det være en fordel å ha en god og oppdatert nettside. Informasjon på Psykisk helsestasjon nettside har et forbedringspotensial. Det finnes to ulike versjoner av hjemmesiden på nett, og informasjon om neste tilbudet er ikke helt oppdatert. Sist oppdatering var i 2007.

Samtidig ønsker vi å peke på at nettstedet Huba, som er rettet mot barn og ungdom, gir god og oversiktlig informasjon over tilbudet i Dalanekommunene.

Vi vil anbefale kommunen å oppdatere og forbedre informasjonen som ligger på Psykisk helsestasjon nettside, og sørge for at det bare finnes én publisert versjon.

Bedret samarbeid med fastleger og bedre informasjon om tilbud vil kunne øke antall brukere og brukergrupper. Dermed vil det også være mer aktuelt for enheten å foreta prioriteringer mellom brukerne når det fattes vedtak, forutsatt samme økonomiske rammer for drift.

På denne bakgrunn anbefaler vi Psykisk helsefjeneste å vurdere å etablere skriftlige kriterier for tildeling av tjenester til voksne. Det finnes ingen faste tildelingskriterier i dag.

Eillers når helsestasjonen en rekke voksne brukere (og barn) gjennom ordinære konsultasjoner, og screeninger rettet mot gravide og kvinner som nettopp har født.

Kommunen skal i løpet av året ta i bruk et nytt kartleggingsverktøy for å kartlegge omfang og karakter av rusmisbruk og psykiske vansker blant voksne. Dette vil kunne være et nyttig styringsredskap for kommunen i arbeidet fremover. Kanskje burde en også sett på mulighetene for å gjøre noe tilsvarende mot yngre brukere, dersom dette lot seg gjøre.

1.3.3 BRUKERRETET SAMARBEID

Rutiner og saks ganger: Det er gode rutiner for det brukerrettede psykiske helsearbeidet i kommunen, og i all hovedsak en god ansvarsdeling mellom nivåene. Dette er ilustret i del 1.2.5 og 1.2.8.

- Samarbeidet er regulert i prosedyrer eller retningslinjer, og det avholdes faste møter.
- Tilbakemeldingene i intervjuene lydet på at enhetene kjenner godt til hverandre og hverandres tilbud, og at de har god kjennskap til hva som skal gjøres når de bekymrer seg over barn, unges eller voksnes psykiske helse.
- Ansvarsdeling IP: I Eigersund har man en fast ansvarsdeling omkring Individuell Plan. Det er den instans som arbeider tettest opp mot brukeren som er koordinator for IP og ansvarsgruppe. Dette vil si helsesøster eller barnehagestyrrer opp til barnet er 6 år, deretter rektor ved den aktuelle skolen frem til de går ut 10. klasse. Sonene overtar koordinatorsansvar når brukeren går over i videregående skole, mens enhet for psykisk helse har koordineringsansvar fra når brukerne er 18.
- Evaluering av rutiner og praksis: Det finnes egne rutiner for individuell plan og ansvarsgrupper. Rutinene og praksisen omkring Individuell plan for voksne gjennomgås i skrivende stund (mars 2010). Rutinene for Individuell plan for barn og unge er revidert flere ganger siden 2001, sist i 2009. Det er også nylig gjennomført spørreundersøkelser omkring praksisen rundt bruk av individuell plan mot barn og unge. Disse viste at de fleste foresatte var fornøyd med dagens ordning, og at tjenesteyterne ikke var like fornøyd.
- Spørreundersøkelsen viste også at informasjon om IP har et forbedringspotensial. Vi finner heller ikke informasjon om IP på kommunens nettsider. I nasjonal veileder om individuell plan pekes det på at det er viktig at brukere blir godt kjent med rettigheten til IP.

Vi anbefaler kommunen å se nærmere på hva man kan gjøre for å bedre informasjonen om individuell plan til potensielle brukere.

I den nasjonale veilederen kapittel 4.1 står det noe om dette. Både Karmøy og Sandnes har informative sider om individuell plan⁴⁵.

Vi anbefaler kommunen å vurdere å fatte skriftlige vedtak når Individuell plan tilkjennes eller avslås, og i vedtaket være tydelig på hjemmel og klagerett. Faste rutiner for skriftlige svar gir bedre informasjon til bruker og oppleves å være mer ryddig.

Gjennomgangen tyder på at en del fastleger ofte uteblir fra ansvarsgruppemøtene, selv om dette varierer fra lege til lege.

1.3.4 SYSTEMRETET SAMARBEID

Det er egne retningslinjer for samarbeidet mellom Eigersund kommune og andrelinjetjenestene, og disse revideres årlig. Det finnes også en rekke samarbeidsarenaer der de ulike aktørene møtes jevnlig.

Dataene våre tyder på at samarbeidet internt i kommunen, og mellom kommunen og andrelinjen, i all hovedsak fungerer bra.

Men det ser ikke ut til at brukermedvirkningen på systemnivå har fungert så bra i Eigersund. Dels synes dette å henge sammen med at sentrale brukerorganisasjoner ikke har hatt lokallag i Eigersund, og dels henger det sammen med brukerforumets status og rolle.

Vi anbefaler kommunen å se nærmere på hva man kan gjøre for å styrke brukermedvirkningen på systemnivå.

Kanskje kommunen kan se til Sandnes kommune i forbindelse med dette arbeidet? Sandnes kommune får meget gode skussnål fra brukerne i forhold til brukermedvirkning og brukerinvolvering. En del av de sentrale brukerorganisasjonene har også lokallag i kommunen.

Samarbeidets effekt: Hvilken effekt samarbeidet har hatt på det psykiske helsearbeidet er vanskelig å si. Men dataene våre kan tyde på at det har bidratt til at personer med psykiske vansker raskere blir henviset til rett instans og får raskere hjelp.

⁴⁵ Sandnes:

http://www.sandnes.kommune.no/index.asp?topExpjard=1000094&subExpjard=6&menudir=1000044&strUtr=/ips/co/re/NTK_detail.asp?serviceid=985368-1-no_NO&context=0

Karmøy: http://www.karmoy.kommune.no/tjenester/tjeneste_85/7&sonchletrm=individuell_plan

1.3.5 ØVRIGE UTFORDRINGER

Oppfølging og behandling. Flere både i kommunen og andrelinjen mener at man ikke klarer å gi god nok systematisk oppfølging og behandling når bruker først er fanget opp. Spesielt synes dette å gjelde barn og unge som har vært utredet og behandlet av BUP, og kommer tilbake igjen til kommunen.

Overgang fra BUP til kommune: Tilbakemeldingene tyder også på at overgangene fra BUP til kommunen kan bli bedre. For mer om dette, se faktabladet.

Tunge brukere som tidligere bodde på statlige psykiatriske institusjoner. Disse har kommunen nå overtatt ansvaret for. Fra kommunen pekes det på at denne brukergruppen er så tunge at de ikke burde vært et kommunalt ansvar, og at lovverket ikke gir de kommunalt ansatte det nødvendige verktøyet for å håndtere ulike situasjoner (bruk av tvang). Fra andrelinjene pekes det på at disse brukerne faller mellom to stoler, og at de blir kasteballer mellom de ulike instansene.

Det må imidlertid understrekes at en del samarbeidsiltak er på gang her.

Legers rolle i kartleggingen. Fra andrelinjen og kommunen pekes det på at sentrale deler av den forutgående kartleggingen til BUP er fastlegges oppgave. Blant annet skal fastlegene gjøre egne undersøkelser og delta i innskrivingsmøtene. Sosial og helsedirektoratet har blant annet en oversikt over når fastlegen skal gjøre undersøkelser i forbindelse med AD/HD. I praksis skjer dette i liten grad, og som regel er det PPT som må ta seg av denne kartleggingen. Det understrekes samtidig at det finnes et par unntak: "Et par leger er veldig flinke til dette."

Vi anbefaler kommunene å vurdere tiltak for å bedre integreringen av fastlegene i utredning, behandling og oppfølging av personer med psykiske lidelser.

VEDLEGG

Om forvaltningsrevisjon

I kommunelovens § 77.4 pålegges kontrollutvalgene i fylkeskommunene og kommunene å påse at det gjennomføres forvaltningsrevisjon. Forvaltningsrevisjon innebærer systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Lovens bestemmelser er nærmere utdypet i revisjonsforskriftens kapittel 3 og kontrollutvalgsforskriftens kapittel 3.

Revisjon i norsk offentlig sektor omfatter både regnskapsrevisjon og forvaltningsrevisjon, i motsetning til i privat sektor hvor kun regnskapsrevisjon (finanssiell-) er obligatorisk.

Rogaland Revisjon IKS utfører forvaltningsrevisjon på oppdrag fra kontrollutvalget i kommunen. Arbeidet er gjennomført i henhold til NKR's sin standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001. Les mer på www.rogaland-revisjon.no.

Denne rapporten er utarbeidet av forvaltningsrevisor Svein Kvalvåg og Frode K. Gathesen, under ledelse av fagansvarlig for forvaltningsrevisjon Bård Humberset.

Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er krav eller forventninger som revisjonen bruker for å vurdere funnene i undersøkelsen. Revisjonskriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området, f.eks lovverk og politiske vedtak. I dette prospektet er følgende hovedkilder anvendt, men se også fototeksthenvisninger:

- [Handlingsplan for psykisk helse 2007-2010](#)
- [Lov om kommunehelsevesen](#)
- [Lov om sosiale tjenester](#)
- [Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene \(03/2007\)](#)
- [Sammenligninger med andre](#)

Metode

Muntlige kilder

Intervjuer

- 24 personer, hvorav
 - 14 ansatte i kommunen
 - 5 representanter for brukerorganisasjoner,
 - 2 representanter for andrelinjeføresten, og
 - 2 representanter fra Fylkesnamnen,
 - 1 representant fra Helsedirektoratet

Månedetakkelse

- Deltakelse på tverrfaglig møte om tidlig intervensjonering og kartleggingsverktøy i forbindelse med rus og psykiatri. Ca. 10 personer.

Skriftlige kilder

- Handlingsplan for psykisk helse 2007-2010
- Boligsosial handlingsplan 2009-2012
- Møtereferat brukerforum

Psykisk helsearbeid

- 37 -

Eigersund kommune

- Nokkelbrett, fra Fylkesmannsrapporteringen og tall fremskaffet av kommunen i forbindelse med dette prosjektet.

- Retningslinjer IP og ansvarsgrupper
- Samarbeidsavtale, retningslinjer for samarbeid med DPS, SUS og BUP
- Evalueringer av ordningen med individuell plan
- En rekke interne notater

Øvrig:

- Vi har hatt forvaltningsrevisjoner av psykisk helse i Sandnes og Sola parallelt med dette prosjektet. Det er dratt vekster på erfaringene og datainnsamlingen i disse prosjektene.

Avgrensing og begrepsklaringer

Eitersom handlingsplan for psykisk helse både reiter seg mot barn og unge og voksne har vi i prosjektet belyst arbeidet mot begge disse brukergruppene. For å kunne belyse oppfølgingen best mulig har vi intervjuet et utvalg av de mest sentrale aktørene som arbeider mot disse målgruppene (f.eks psykisk helsefølneste, helsestasjon, barnevern, kommunelege, PPT, skole, barnehage, BUP og DPS).

Sosial- og helsedirektoratets veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene gir følgende sentrale begrepsdefinisjoner⁴⁶:

Psykiske vansker refererer til symptombelastning som for eksempel grad av angst, depresjon, søvnvansker osv. Vanskene vil i utik grad påvirke daglig funksjon i forhold til mestring, irritabel og relasjon til andre mennesker. Symptombelastningen behøver ikke å være så stor at det kan stilles diagnose. Med psykiske lidelser menes psykiske vansker av en slik type eller grad at det kvalifiserer til en diagnose.

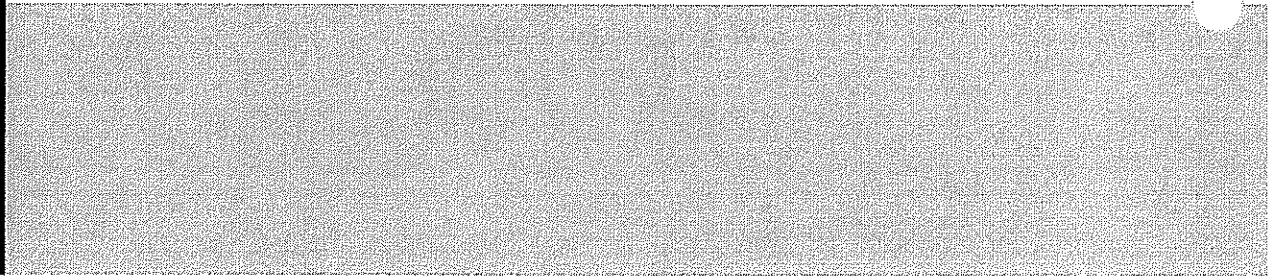
Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske vansker og lidelser og konsekvenser av disse hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt. Det omfatter arbeid på systemnivå som helsefremmende og forebyggende arbeid, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering. Det forebyggende perspektivet er spesielt sentralt i psykisk helsearbeid med barn og ungdom. Psykisk helsearbeid avgrenses mot psykisk helsevern, som betegner psykisk helsefølneste på spesialisttjenestenivå.

⁴⁶ Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (03/2007)

Psykisk helsearbeid

- 38 -

Eigersund kommune



Rogaland Revisjon IKS

Lokkeveien 10
4008 Stavanger

Tlf 40 00 52 00
Faks 51 84 47 99

www.rogaland-revisjon.no



Eigersund kommune	
GRADERING:	
MOTTATT:	24 JUN 2010
ARKIVSAKID:	10/893 -ABT2

Eigersund kommune
 Postboks 580
 4379 Eigersund

KH
 WHO
 MAH
 KJO

DERES REF:

 VÅR REF.:
 2009/10827

 DATO:
 16.06.2010

Tilsynssak - sykepleiebemanning ved Lagård bo- og servicesenter

Helsetilsynet i Rogaland takker for redegjørelsen fra kommunen i brev av 14. mai 2010. Vi viser for øvrig til vårt brev av 23. april 2010 med rapport etter tilsynsbesøk ved Lagård bo- og servicesenter i februar og til øvrig korrespondanse i denne saken.

Sykepleiebemanning om natten

Hovedspørsmålet i denne tilsynssaken er om kommunen sørger for forsvarlig sykepleiebemanning om natten ved Lagård bo- og servicesenter. Kommunen opplyser at ordningen med hjemmevakt for sykepleier nattetid ble avsluttet i januar 2010, og at det nå skal være sykepleier i aktiv vakt fysisk tilstede ved senteret.

Opplysningene vi har innhentet gjennom denne tilsynssaken viser at beboerne ved Lagård bo- og servicesenter er syke og behovet for helsehjelp kan variere mye. Helsetilsynet i Rogaland forutsetter at Eigersund kommune sørger for fortløpende å vurdere om pleiepersonalet ved Lagård bo- og servicesenter har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter, og at bemanning dimensjoneres i samsvar med beboernes behov døgnet igjennom.

Faglig ansvarlig for kommunens helsehjelp

Et viktig tilsynsspørsmål i denne saken, har vært om kommunen sikrer at det faglige ansvaret for helsehjelpen som kommunen yter ved senteret er tydelig plassert hos personell som fyller kvalifikasjonskravene i helselovgivningen. Når det gjelder sykehjemsavdelinger, er kravet at en lege skal ha ansvaret for den medisinske behandlingen og en autorisert sykepleier ansvaret for sykepleien, jf. sykehjemsforskriften § 3-2. Tilsvarende er det for tjenestene til beboerne i omsorgsboligene, fastlegen har ansvar for beboerens allmennlegetilbud, og en autorisert sykepleier skal være faglig leder av hjemmesykepleien, jf. henholdsvis fastlegeforskriften § 7 og forskriften om kommunens sykepleietjeneste § 3. Som det går fram av vår rapport etter tilsynsbesøket 17. februar 2010 ved Lagård bo- og servicesenter, er det faglige ansvaret for sykepleietjenesten plassert i samsvar med disse reglene, jf. brev av 24. mars 2010.

Vi har senere bedt om å få konkretisert det faglige ansvaret kommunen har tillagt stillingen "helsefaglig ansvarlig" i levekårsjefens stab, hvilke helsefag dette gjelder og hva det innebærer å ha dette ansvaret. Kommunen skriver i brev av 14. mai 2010 at den som har denne stillingen, er "kommunens øverste ansvarlige for den sykepleie og helsehjelp som

Statens helsetilsyn i Rogaland	Postboks 59 4001 Stavanger	Tel.: 51568700 Faks: 51568811 E-post: helsetilsynet@fmro.no	Besøksadresse: Lagårdsv. 78 Org.nr.: 974 761 394
--------------------------------	-------------------------------	--	--

ytes". Helsetilsynet i Rogaland viser til kommunehelsetjenesteloven § 1-3 som lister opp hvilke deltjenester kommunehelsetjenesten omfatter deriblant allmennlegetjeneste, fysioterapitjeneste, sykepleietjeneste herunder helsesøstertjeneste og jordmortjeneste. Regelverket stiller krav til formelle kvalifikasjoner hos personell som skal ha faglig ansvar for disse deltjenestene. Dette innebærer autorisasjon som henholdsvis lege, fysioterapeut, sykepleier/helsesøster og jordmor.

Helsetilsynet i Rogaland mener det er misvisende av Eigersund kommune å bruke benevnelsen "*helsefaglig ansvarlig*" slik det gjøres i dag, og direkte feil at vedkommende er kommunens øverste ansvarlige for helsehjelpen som ytes.

Kontroll av innhold i pasientjournaler

Kommunen har iverksatt flere tiltak for å sikre at pasientjournalene ved Lagård bo- og servicesenter inneholder nødvendige opplysninger. Kravet til styring med helsetjenesten innebærer at den ansvarlige for virksomheten skal foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten, jf. forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4 h.

Konklusjon

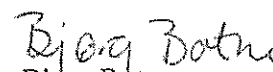
Helsetilsynet i Rogaland avslutter tilsynssaken vedrørende sykepleiebemanning ved Lagård bo- og servicesenter.

Vi ber imidlertid Eigersund kommune gjennomgå pasientjournaler ved alle enheter ved senteret i løpet av høsten 2010 og kontrollere om de inneholder nødvendige opplysninger. Helsetilsynet i Rogaland ber om å få tilsendt resultatet av kontrollen **innen 1. desember 2010**.

Med hilsen



Pål Iden
fylkeslege



Bjørg Botne
Bjørg Botne
seniorrådgiver/sykepleier

Kopi til:
Norsk sykepleierforbund v/hovedtillitsvalgt Postboks 580 4379 Egersund

Saksbehandler: Bjørg Botne
Saksbehandlers telefon: 51 56 88 03



ROGALAND
FYLKESKOMMUNE

FYLKESRÅDMANNEN
Regionalutviklingsavdelingen

«f1»
«f3»

«f5» «f6»

Dykkar ref.: 10/14617

Saksbehandlar: Linda Nilsen Ask
Direkte telefon:

08.06.2010

Saksnr.: 10/1851-12
Løpnr.: 30278/10
Arkivr.: 243

SVAR - UNIVERSELL UTFORMING - SØKNAD OM PILOTKOMMUNESTATUS

Vi takkar for dykkar søknad om å bli pilotkommune for universell utforming i Rogaland. Vi har mofteke seks søknadar. Det er eit utval av både små og store kommunar med god geografisk fordeling og med ei blanding av satsingsområde. Alle kommunane har gjort eit godt forarbeid med søknaden. Desse kommunane er: Sauda, Tysvær, Randaberg, Sandnes, Gjesdal og Eigersund kommune. Vi hadde sett 4-5 kommuner som ein handterbar gruppe, men sidan alle oppfylte våre søknadskriterie, valdtte vi alle 6 til pilotkommunar.

Vi ynskjer tilbakemelding frå dykk om de takkar ja til utvelgelsen om å bli ein pilotkommune innan 8. juli 2010. Vidare ynskjer vi informasjon om kontaktperson med opplysningar om mailadresse, telefon og mobiltelefon. Dykk må og oppgi kontonummer og eventuelt referansennummer som stimuleringsmidla frå fylkeskommunen skal setjast inn på.

Som dykk sikkert kjenner til vil, departementet gj pilotkommunar for universell utforming 3 mill. kr. Sjå pressemeldinga her. BLD vil gi meir informasjon korleis midlene skal brukast i pilotkommunesatsinga. Me vil ha dette klart før møtet i september.

Veien vidare for pilotkommunane

Som ein kick-off til prosjektet inviterer vi dykk til ei heildagsamling den 14. september, sjå vedlagt foreløpig program. BLD og MD vil fortella om regjeringa sin satsning på pilotkommuner og universell utforming. Me ynskjer at kvar kommune presenterer forankring, utfordring, kva ein ynskjer å oppnå, og korleis dykk vil leggja opp arbeidet med pilotkommunesatsinga. Målgruppa for denne samlinga er kontaktperson/prosjektleiar, arbeidsgrupper, styringsgruppe.

Dykk er og invitert til å delta på konferanse om universell utforming i Kristiansand den 30.08.10. Sjå program og påmelding her. Konferanseavgifta er kr 500,-. Prosjektleiarane/koordinatorane for nye pilotkommunar er og invitert av MD til ein samling for pilotfylkene og ressurskommunane for universell utforming den 31.08 og 01.09. Sjå vedlagt program. Det blir ein felles påmelding til desse to dagane frå fylkeskommunen v/

POSTADRESSE	BESØKSADRESSE	TELEFON	TELEFAKS	BANKGIRO: 3201.05.50520
Postboks 130 Sentrum 4001 Stavanger	Antikk Eekhoffsgl. 1 Stavanger	51 51 66 00	51 51 68 90	

E-POST: firmapost@rogfk.no INTERNETT: www.rogfk.no

Linda Nilsen Ask. Utgifter til dette kan dekkast av midlene dykk vil få frå BLD.

Med dette pilotkommuneprosjektet vil dykk bli ein føregangskommune i universell utforming i fylket. Vi er glade for at dykk bidrar til dette arbeidet og ser fram til eit godt samarbeid i åra som kjem.

Kontaktperson i fylkeskommunen er Linda Nilsen Ask, mailadresse linda.nilsen.ask@rogfk.no, telefon 51 51 68 20 og mobil 9586043.3

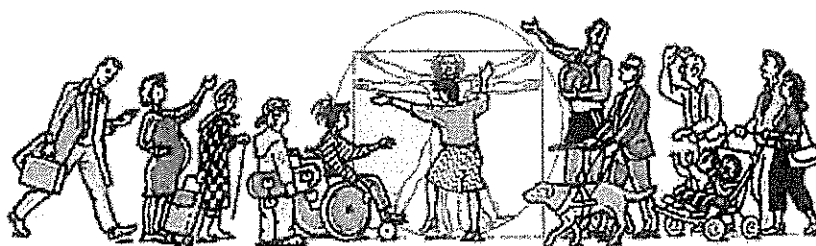
Med helsing
Stab

Terje Falland
fylkesdirektør

Linda Nilsen Ask
rådgiver

Dei dokumentet er godkjent elektronisk og har derfor ikkje signatur.

10/17506



Foreløpig program for kick off samling for pilotkommunane for universell utforming i Rogaland

Dato: 14.09.10

Tid: 1000 - 1500

Stad: Hotel Atlantic

Målgruppe: Kontaktperson/prosjektleder, arbeidsgruppe, styringsgruppe

Klokkeslett:	Tema:
1000 - 1010	Velkommen v/Linda og Anne Reidun
1010 - 1030	Regjeringa si handlingsplan for universell utforming og K5 kompetansehevingsprogram v/Einar Lund, Hild-Kristin Morvik, Miljøverndepartementet
1030- 1050	Nye pilotkommunar for universell utforming og statlige midler v/ v/Olav Rand Bringa, Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet
1050 –	20 min. presentasjon frå kvar pilotkommune
1200 - 1300	Lunch
	Forts. presentasjon av pilotkommunane
1430 - 1500	Neste samling og vegen vidare



Klepp kommune

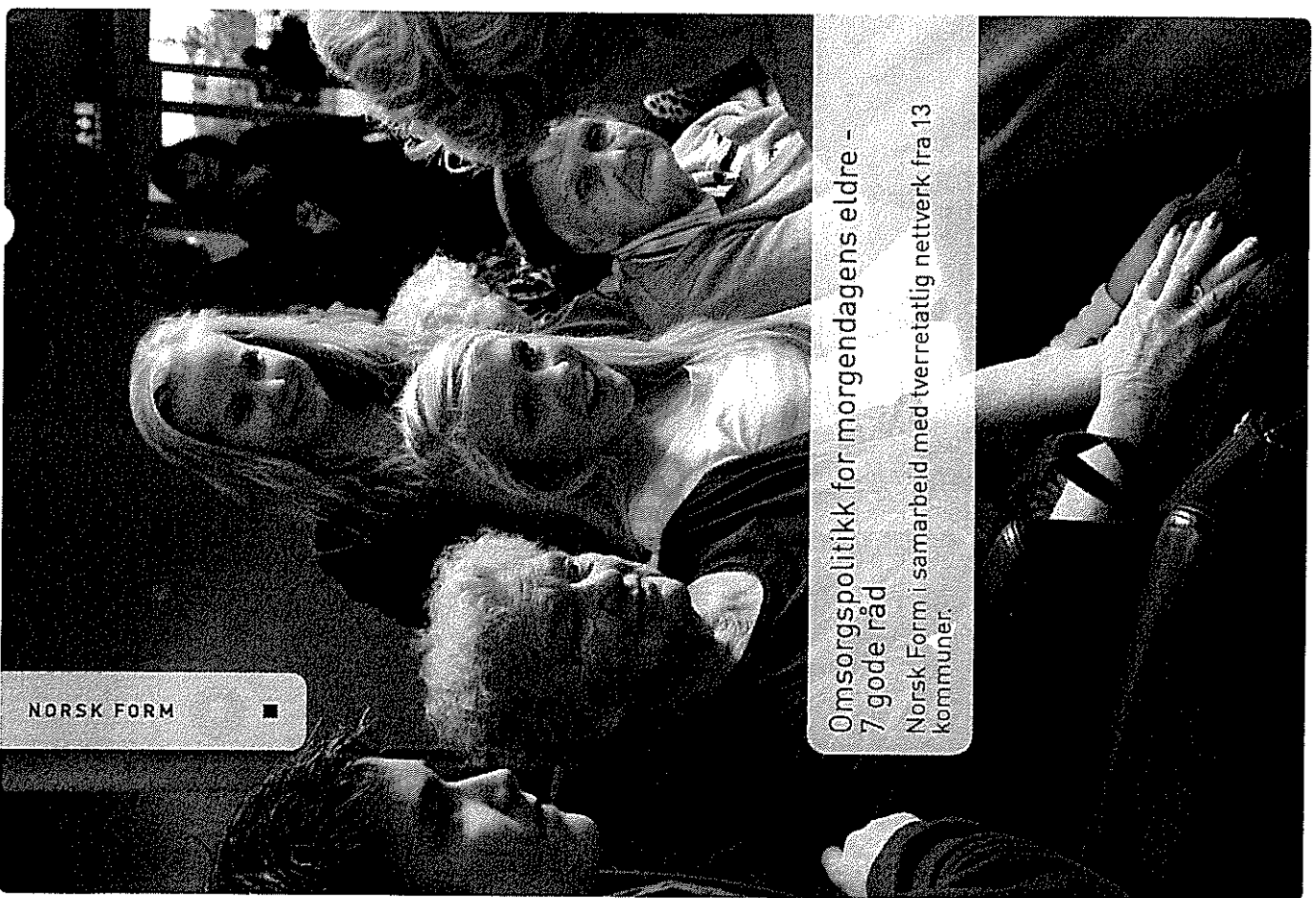


Time kommune



Fylkesmannen i Rogaland

Omsorgspolitik for morgendagens eldre – Tverretattlig kommunenettverk



NORSK FORM ■

Omsorgspolitik for morgendagens eldre – 7 gode råd

Norsk Form i samarbeid med tverretattlig nettverk fra 13 kommuner.

Innhold

Omsorgspolitik for morgendagens eldre – 7 gode råd

- 1. Tenk samarbeid på tvers av sektorer 3
 - 2. Velg sentral beliggenhet 4
 - 3. La omsorgssenteret bli et lokalt møtested 6
 - 4. Planlegg for alle på samme sted 8
 - 5. Skap omgivelser som stimulerer til aktive eldre 10
 - 6. Skap trivsel og arbeidsglede blant de ansatte 14
 - 7. Bruk ny teknologi 16
- Historien bak de 7 gode råd 18

“Det er vanskelig å tallfeste fordelene. Men da vi først bestemte oss for å bygge Bråtasenteret, trass elendig økonomi, skjedde det ikke på sporelluss. Bråta er investering i framtida, et møtested for alle generasjoner i nabolaget. Vi valgte å bygge omsorgsboligene nær sykehjem og pleie, men også nær kultur, aktivitet og videregående skole. Det har vi ikke angret på.”

(Rådmann Bengt A. Nyström, Nedre Eiker kommune).

All informasjon i dette dokumentet er knyttet til de sju rådene, og mange henvisninger er relevante for flere. I vedleggene finnes mer informasjon om nettverket, samt kontakinfo på deltakende parter.

Omsorgspolitikk for morgendagens eldre - 7 gode råd

Om få år vil antallet mennesker som trenger omsorgstjenester øke betraktelig. I løpet av de neste 30 årene vil antallet eldre over 80 år fordobles. Morgendagens eldre vil ha andre behov og krav enn dagens generasjon; de vil bo sentralt å være en del av et pulserende liv. De vil både ha høyere utdannelse og være mer ressurssterke. De vil ha andre venner, krevne bedre standard, større fleksibilitet og brukermedvirkning.

Det vil bli en stor utfordring å tilpasse dagens tilbud til nye behov. Norske kommuner skal ikke bare skape flere boenheter, men også et bedre tilbud. Det krever økte investeringer, høyere driftsutgifter og flere ansatte. For mange kommuner kan utfordringen virke svært krevende. Det er likevel ikke umulig. Flere kommuner har allerede funnet løsninger som både er gode og mer ressurs effektive. Det er skapt omsorgssentre hvor beboerne trives, og de ansatte gleder seg til å gå på jobben. Som St.meld. nr.25, Omsorgsmeldingen, understreker viktigheten av, har disse kommunene tatt hensyn til arkitekturen og de fysiske rammene rundt omsorgssenteret, og på den måten påvirket driften av omsorgssenteret. En av de viktigste faktorene for å lykkes, er sentral plassering som gir beboerne mulighet til å delta i sosiale og kulturelle aktiviteter. For å få til dette har de tidlig involvert kommunens ulike etater i arbeidet med arealplanlegging og utforming. Slik har de fått til sambruk og felles investeringer. Små kommuner har klart å tenke annerledes om hvordan de bruker kommunens lokaler og tilbud. Noen har slått sammen kulturhus og omsorgssenter. Andre har plassert skoler og barnehager ved siden av omsorgssenteret, og fått bedre kontakt mellom generasjoner. De har åpnet kantiner og svømmehaller på eldre senteret for resten av kommunens innbyggere.

Med støtte fra Helse- og omsorgsdepartementet har Norsk Form opprettet et tverretattlig kommunenetværk for utvikling av omsorgsboliger for morgendagens eldre. Nettverket består av tretten små og store kommuner fra hele landet, og Kirkens Bymisjon. Gjennom nettverket er det samlet kunnskap, forskning og gode eksempler som kan brukes til nytte og inspirasjon for andre. Vi håper at de sju rådene vil bistå i utviklingsarbeidet i kommunene. Hvis dere har innspill til andre gode eksempler og kunnskap som ikke er presentert her, ønsker vi kjennskap til dette.

Larvik/Oslo 3. juni.

Tove Akre
Enhetsleder omsorgssektoren
Larvik kommune

Annichen Hauan
Seniorrådgiver
Norsk Form

1. Tenk samarbeid på tvers av sektorer

Omsorg for eldre handler ikke bare om omsorg for fysisk helse. Omsorg bør også gi mulighet for sosial kontakt, mulighet for deltakelse i kulturelle og sosiale aktiviteter og deltakelse i samfunnet for øyri. I dag blir det tatt for lite hensyn til dette når kommunen planlegger framtidens omsorgsboliger. I arbeidet med arealplanlegging er det viktig å inkludere flere deler av den kommunale forvaltningen, som omsorgs-, kultur-, skole- og barnehagesektoren, idrett og fritid, i tillegg til lag og brukerorganisasjoner. Det vil gi mulighet for en mer helhetlig og rasjonell bruk av kommunens ressurser. Det skaper synergieffekter både når det skal investeres i nybygg og når tjenestene skal drives i etterkant. Samdrift og en mer helhetlig omsorg som tar vare på hele mennesket, kan bidra til en mer effektiv utnyttning av kommunens ressurser.

Tverretattlig samarbeid. Sentralt plasserte tomter er en forutsetning for gode omsorgsboliger for morgendagens eldre. Arbeidet bør organiseres som en tverretattlig prosess. Plan- og bygningsetaten har hovedansvaret for utarbeidelse av kommuneplaner. Det innebærer planlegging på alle nivå, og omsorgssektoren må trekkes inn og bli hørt i planarbeidet.

Eksempler:

Tysværtunet aktivitets- og omsorgssenter. I Tysvær kommune i Rogaland er omsorgssenteret Tysværtunet plassert i samme bygning som kulturhus, svømmehall og idrettshall. Mormor kan gå tørrskodd til idrettshallen og se datterdatteren spille fotball, og sønnesønnen kan stikke innom bestefar etter kino. Denne samlokaliseringen midt i sentrum kom til etter en ganske tilfeldig lun-sjprat mellom omsorgssjefen og kultursjefen. Etter den samtalen startet samarbeidet som førte fram til flerbrukshuset. Samarbeidet mellom omsorgs- og kultursektoren førte til samlokalisering sentralt ved kommune- og kultursenteret i Tysvær. Sykehjem, omsorgsboliger, kultur, bibliotek, kino og idrettsaktiviteter for alle generasjoner er samlet på samme sted. Beboerne på Tysværtunet kan stikke innom kinoen, biblioteket, svømmehallen, eller få med seg en utstilling så ofte de vil. Tysvær kommune.

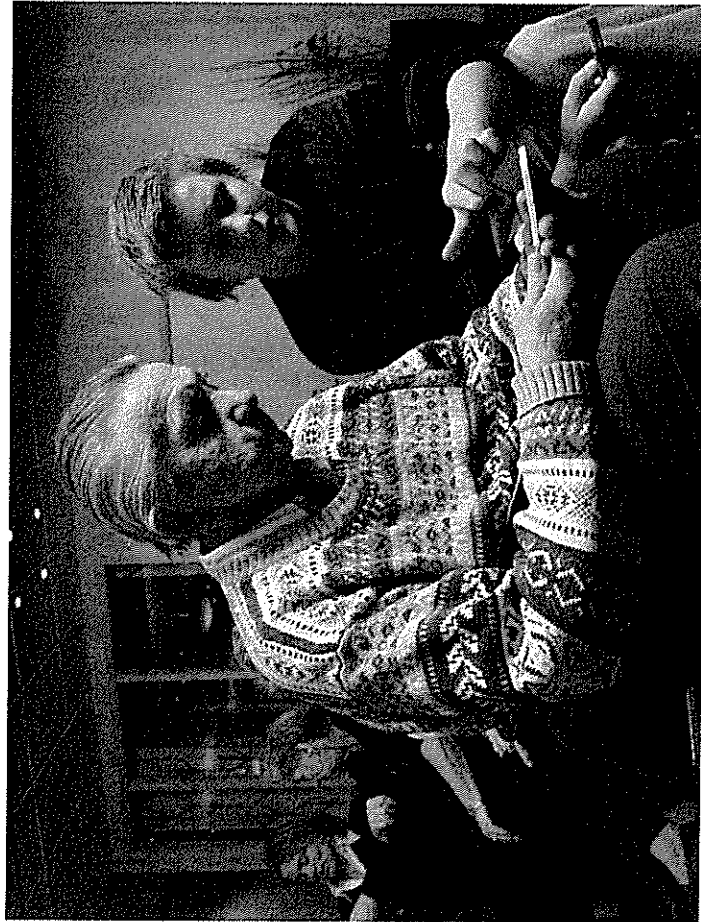
Ullstein kommune tenker langsiktig og arbeider på tvers av offentlige, private, faglige og geografiske grenser. Før Kommuneplanen ble vedtatt i juni 2009 brukte kommunen bredt sammensatte arbeidsgrupper fra næringsliv, lag, organisasjoner, elderråd, ungdomsråd, administrasjon og politikere til å arbeide med visjoner, verdigrunnlag og viktige utfordringer i lokalsamfunnet. Ullstein kommune, Kommuneplan, samfunnsdel 2009 til 2020.

Kommuneplanen i Hamar. Helhetlig boligpolitikk med ny boligsosial handlingsplan for perioden 2009-2012 tilpasses den nye Samhandlingsreformen. Tett samarbeid med boligbyggelag og brukerorganisasjoner som skal sikre integrering av seniorboliger i eksisterende boligområder, er Hamars oppskrift for å møte behovet for omsorgsboliger i årene framover. Hamar 2009 - 2020, Samfunnsdelen.

Otium-prosjektet, Tromsdalen. Her planlegges et bo- og omsorgssenter for fremtiden, nær bydelsfunksjoner, kultur- og aktivitetssentre. Og med fokus på brukermedvirkning. Planprosessen engasjerer og involverer flere enn kommunens planleggere. Intensjonen er å bygge fleksible bygg med varierte og gode tjenestetilbud også for lokalbefolkningen i Tromsdalen. Hele området blir sett under ett. Tromsø kommune.

Fordypning:

- » **Aldersvennlige byer.** WHO har utformet en modell med anbefalinger om hvordan man ved å bruke helhellig planlegging best kan tilrettelegge byer for eldre. Modellen kan overføres til mindre tettsteder og byer. WHO Age-friendly environments.
- » **Nettportal om stedsutvikling.** Stedsutvikling.no.
- » **Stedsanalyser.** Akershus fylkeskommune (2007): Sosjokulturelle stedsanalyser. Veileder. Oslo: Akershus fylkeskommune.



Tidlig planlegging med flere involverte etaler, gir mulighet for sentral plassering av omsorgsboligene. For mange eldre betyr dette større nærhet til familie og kjente omgivelser.

2. Velg sentral beliggenhet

Ingen bør bli avskåret fra å føre et aktivt liv selv om de blir gamle. Ensomhet og isolasjon kan føre til dårligere helse. Tilhørighet, nærhet til et kjent miljø, sosiale nettverk og mulighet til å komme seg ut, bidrar til å forhindre ensomhet. Framtidens eldre ønsker å delta i samfunnet på samme måte som de gjorde da de var unge. Å legge til rette for omsorg som tar vare på hele mennesket, vil gi en helsemessig gevinst som kan gjøre kommunens eldre i stand til å ta vare på seg selv, lenger. Morgendagens eldre ønsker å bo i nærheten av mennesker de kjenner, og i kjente omgivelser. For kommunen vil sentral beliggenhet av omsorgssentrene også bety økt mulighet til sambruk av kommunale tjenester og lokaler.

Nærhet til butikker, kulturtilbud og servicefunksjoner

Sentral beliggenhet åpner for at omsorgsboligene får naboskap til kulturhus, skole og kjøpesenter. Dette fører for eksempel til at beboere går tørrskodd på konsert, ser barnebarnet spille fotball og går på den lokale kafeen. De eldre får på denne måten økt livskvalitet.

Blandet bomiljø. Boliger for eldre bør plasseres i vanlige boområder. Et godt bomiljø er som oftest et blandet boområde, bestående av ulike aldersgrupper, kulturer og mennesker i forskjellige livssituasjoner i ulike hustyper. Det er avgjørende hvordan boligen ligger i forhold til andre funksjoner og kommunikasjonsmidler. Se Husbankens veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem(2009). Rom for trygghet og omsorg.

God kollektivtransport. Mange eldre må oppgi bilkjøring og mister muligheten til å oppsøke kultur-, rekreasjons- og servicetilbud de har vært vant til å bruke gjennom et langt liv. Tilgang til kollektivtransport blir derfor viktig.

Eksempler:

Beboerne i Reitengrenda i Ulstein kommune bor midt i smørøyet. I tilknytning til omsorgsboligene finnes det lokale leilighetshuset og en kafe. Her holdes det konserter og utstillinger for både beboerne og kommunens øvrige innbyggere. Rundt er det laget frukthage og lekeplass på et felles uteareal. Reitengrenda- balyst og trivnad.

Munkvoll helse- og velferdssenter i Trondheim. Naboskap til videregående skole, og nærhet til sentrum. Elevene har praksis og hjelper til på omsorgssenteret, og beboere og ansatte kan bruke biblioteket og kafeen på skolen. Trondheim. Munkvoll helse- og velferdssenter.

Meråker helse- og velferdssenter har samlokalisert sykehjem med rådhus, trygdeleiligheter, NAV, ligningskontor, barne- og familisesenter med helsesasjon, PP-ijeneste, barnevernskontor og jordmor. I bygget er det dessuten et kapell som er åpent for ulike trosretninger. Helse- og velferdssenteret ligger sentralt i Meråker.

og har en kafé som er åpen for alle. På den måten har beboerne lett tilgang til ulike servicetilbud.
Meråker kommune.

Kjent nærmiljø. At omsorgsboligene er plassert i et kjent nærmiljø med anledning til å utføre vante aktiviteter og omgås tidligere nettverk, er viktig for 8 av 20 seniorer. Når helsen krever døgnkontinuerlig hjemmetjeneste, ønsker 2 av 3 eldre å fortsette å bo i nærheten til familie og venner. (Brevik, I. & Schmidt, L. 2005).

Eksempler:

Bugynnes omsorgssenter er plassert midt i det lille finskspråklige fiskersamfunnet Bugynnes. Omsorgssenteret har blitt et lokalt samlingssted, lag og foreninger bruker huset til sine tilstelninger. Plasseringen av omsorgssenteret i bygda har bidratt til at eldre med behov for omsorg kan bo i kjente omgivelser, istedenfor å flytte flere mil til kommunesenteret i Kirkenes. Sør-Varanger kommune.

Omsorg+ i Oslo kommune. Samlokaliserte omsorgsboliger med døgnbemannet service med husvert, aktivitetssenter, private serviceytere og personalbaser for hjemmetjenesten. Målgruppen er eldre over 67 år med behov for egnet bolig av medisinske, sosiale eller fysiske årsaker. Målet er økt trygghet og sosial stimulans for å motvirke isolasjon hos beboerne. (Bystyremelding nr. 1/2008. Oslo kommune). Oslo kommune.

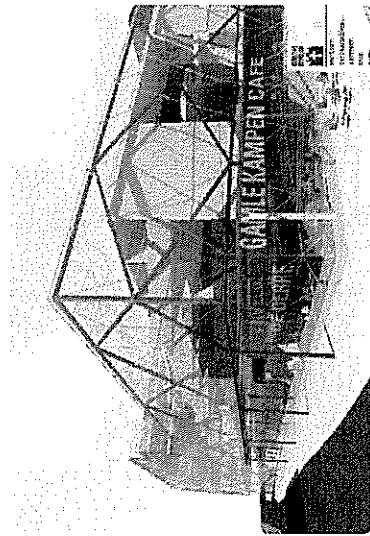
Fordypning:

» **Trivsel og boligform** viser at utformingen av bolig, planløsning og nærmiljøet rundt har stor betydning for trivselen. Det gjelder beliggenhet, utforming, innredning, fellesarealer og utearealer. Flere valgmuligheter i et omsorgsboligkompleks gir større muligheter for individualitet, hjemlighet og selvbestemmelse. Jo mer fleksibilitet, desto mer trivsel. Knudstrup, Mortensen, Møller & Vedstesen (2008). Trivsel og Boligform. Afdækning af boligmæssige trivselsfaktorer hos ældre i plejeboliger. Odense: Servicestyrelsen.

» Slik vil eldre bo. Brevik, I. & Schmidt, L. Slik vil eldre bo - En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser. NIBR Rapport 2005:17.

» Egen bolig. Bogen, Høyland, Kvinge & Østnor (2006). Egen bolig - også når helsen svikter? Rapport nr. SBF51 A06017, SINTEF.

» **Sosial kapital** Norges Forskningsråd, Publikasjonen Sosial kapital (Norges forskningsråd 2005).



Planer for sornbruk og sentral beliggenhet gir mulighet for mer effektiv areal- og ressursutnyttelse. Ved sentral beliggenhet av omsorgssenteret kan funksjoner og tilbud brukes av flere enn de som der. (Jensen & Skodvin arkitekter)

3. La omsorgssenteret bli et lokalt møtested

Et omsorgssenter med sentral beliggenhet skaper mulighet for at flere kan bruke det. Skal kommunen bygge et omsorgssenter med kafeteria og lokaler til felles sosiale og kulturelle aktiviteter, er det mulig å gjøre dette tilgjengelig for flere. Mange nærmiljø mangler et lokalt møtested. Samtidig ønsker eldre mennesker å delta og være tilskuer til andre som driver med aktiviteter. Ved å åpne omsorgssenterets tilbud, også for andre, gir det et rikere liv for dem som bor der og et bedre tilbud til kommunens befolkning for øvrig. Kommuner som har laget slike fellesskapsløsninger har også erfart at sykefraværet blant de ansatte har gått ned. Samtidig fikk de etablert flere kommunale tilbud.

Gjør omsorgssenteret relevant for "alle" kommunens innbyggere

Eksempler:

Ammerudhjemmet, bo- og kultursenter i Oslo, eies og drives av Kirkens Bymisjon. Ved siden av å være hjem til over hundre beboere, har de et eget kultursenter, kafé, svømmebasseng, bibliotek, frisør og flere helsetjenester. De arrangerer alt fra juletrefest, musikkbingo, litteraturkvelder og konsserter, åpne både for beboere og folk i nærmiljøet.

Nymoensenteret, ligger midt i Kongsberg sentrum. Det består av 29 privateide omsorgsboliger organisert som borettslag i et sameie med Kongsberg kommune er det tilknyttet kafe og frivillighetssentral. Tilknyttet senteret er også juridisk rådgivningstjeneste og et bredt tilbud av kulturaktiviteter. Både kafeen og tilbudene er åpne for alle, ikke bare for beboerne, og fungerer for mange innbyggere som et fast møtested. Les mer om: Kongsberg kommune
Se film om Nymoensenteret finnes på YouTube.

Skedsmotun bo- og behandlingssenter, beliggende i nærheten til kjøpesenter, boligområder og offentlig kommunikasjon. Omsorgssenteret er samlokalisert med Voksenopplæring, fotpleier, frisør, logoped og ergoterapeut. De har også lokaler som brukes av lag og foreninger. I bygget finnes svømmebasseng som brukes både til fysikalsk behandling og babysvømming. Kafeen er åpen for alle og benyttes i stor grad av lokalbefolkningen. Skedsmo kommune.

Venneslatunet, Vennesla kommune, består av 34 omsorgsboliger samlokalisert med kafeteria, fysioterapeuter, frisør, fotpleier, kontorer til hjemmesykepleie og dagsenter. Tjenestene er også åpne for øvrige innbyggere i bygda. Venneslatunet eies av en kommunal stiftelse. Beboerne betaler en leie på mellom kr 4600-5500 pr måned. Vennesla kommune.

Hitra helsetun, har samlokalisert sykehjemsavdelinger og bofellesskap med flere helsetjenester i kommunen, som legekontor og helsetasjon. Hitra idrettshall er i samme bygg med treningshall, svømmehall og bowlinghall. Helsetunet er sentralt plassert i nærmiljøet med kort vei til butikker, kafeer og bibliotek. Hitra kommune.

4. Planlegg for alle på samme sted

Å være i kjente omgivelser er viktigere jo eldre man blir. Et botilbud for eldre bør ta hensyn til at behovet for hjelp endrer seg over tid. Det bør være mulig å bli boende på samme sted selv om helsen svikter og omsorgsbehovene øker. I dag er åtte av ti beboere på sykehjem personer med demens. For denne gruppen er behovet for stabilitet ekstra viktig. Endrede og ukjente omgivelser vil bidra til årligere livskvalitet, og helsestilstanden kan forverres. Stabilitet og ro vil øke livskvaliteten. Ved å lage fleksible omsorgsløsninger hvor de eldre kan bo permanent på samme sted, kan kommunen bidra til at omsorgsbehovet blir mindre.

Eksempler:

Bråta bo- og aktivitetssenter, Nedre Eiker kommune er en institusjon med langtids- og korttidsplasser. I tilknytning til hovedbygget er det laget en "landsby" med omsorgsboliger og et dagsenter for personer med demens. Boligene er delt inn i forskjellige kategorier ut i fra den enkeltes behov. På den måten kan de eldre få ulik type hjelp på samme sted, avhengig av hvilket behov de har. Senteret har samarbeid på tvers av omsorgsboliger, aktivitetsbygg, kulturaktiviteter, servicefunksjoner og trim. De har sin egen "Rullator Avenue" og er samlingssted på tvers av alder og funksjoner. Ansatte har redusert sykefraværet. Bråta bo- og aktivitetssenter.

Kartlegg beboernes nåværende og framtidige behov

Bo- og tjenestetilbud for innbyggere med spesielle behov betyr store investeringer. Klare mål, tverrfaglig kompetanse, samarbeid og en god planprosess er viktig. Kartlegging av beboernes behov og analyse av hvordan behovene vil utvikle seg, er også nyttig investering.

Eksempler:

Aktiv omsorg på Alvehaugen, Ulstein kommune. Mottøet er skreddersydde tjenester med vekt på respekt og trivsel både for brukere, pårørende og ansatte. Her er det sykehjemsplasser, omsorgsboliger, rehabilitering, sykehus og kapell i samme kompleks med faste aktiviteter, underholdning i kafeen, kulturdager og sansehage med fugler og dyr. Stikkord er en samlet og integrert omsorg og hjelp til selvhjelp. Alvehaugen, Ulstein kommune.

Trolla seniorboliger, Trolla, Trondheim. Et non-profit pilotprosjekt med sterk brukermedvirkning. Tett samarbeid mellom framtidige beboere, nærmiljøet, arkitekt Svein Skibnes, SINTEF Byggeforsk, NTNU og Husbanken. Prosjektet er et privat initiativ, planlagt i nabotaget der de framtidige beboerne bor og har sitt nettverk. Seniorboligene blir del av ny plan for områdeutvikling av Trolla. SINTEF, NTNU, Seniorboliger i Trolla, Beboermedvirkning, [2007].

Frivillig innsats. Lettere hjelp og sosial kontakt kan utføres av frivillige. Eldre kan være både mottakere og hjelpere. Hva som skal til for å stimulere frivillig innsats hos eldre er usikkert, men en avgjørende faktor kan være at de har sammenhenger og steder å forankre frivilligheten i. Det kan være i organisasjoner, frivillighetssentra, eldresentre eller grønde-bydelshus.

Eksempler:

Bråtsentret, Re kommune. Kulturkafe, bibliotek og frivillighetssentral er lokalisert i samme bygg som omsorgsboligene. Huset har et aktivitetslokale som kan leies ut til lokale lag og foreninger, og blir ofte brukt av frivillighetssentralen. Kafeen er åpen hver dag for både beboerne og nærmiljøet forøvrig.

Vikstunet har samlokalisert omsorgsleiligheter, frivillighetssentral, bibliotek og barnehage. En aktiv frivillighetssentral og samarbeid med kulturskolen gir beboere et bredt aktivitetstilbud. Flere foreninger bruker huset til egne aktiviteter, men også til aktiviteter for beboere og lokalbefolkning. Den sentrale plasseringen og samarbeid på tvers av enhetene i kommunen gjør Vikstunet til et levende møtested for flere aldersgrupper. Hole kommune.

Samarbeid med det private næringslivet. Tenk nærhet til butikker og servicefunksjoner.

Eksempel:

Bygga kultursal i Halden, samlokalisering av omsorgsleiligheter, kultursal og hotell. Huset er et samarbeid mellom Det norske Blåseensemblet, Halden kommune og Thon Hotell. Omsorgsboligene er innflyttingsklare, og noen beboere har allerede flyttet inn i omsorgsboligene. Halden kommune.

Fordypning:

» Slagsvold, B. & Sotem, P.E. (2005) Morgendagens eldre – en sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant morgendagens eldre. NOVA Rapport 11/05. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.



Et omsorgssenter trenger ikke bare å være åpent for dem som bor og arbeider der. For mange lokalsamfunn kan omsorgssenterets fasiliteter og tilbud også gi de øvrige innbyggerne et rikere liv. Sportslige og kulturelle arrangementer blir en bedre opplevelse med flere til stede.

Fordypning:

- » Ressursenteret for omsorgsektoren etablert som siffeltelse av Helse- og omsorgsdepartementet og KS i 1989. RO bistår kommunene med utvikling av omsorgstjenestene med brukeren i sentrum. Fokus er utvikling av nye boformer, særlig for eldre med stort pleiebehov. Erfaringene er at de fysiske rammene, særlig når funksjonsnivå svekkes, er av vesentlig betydning for opplevelsen av livskvalitet og verdighet. For mer informasjon om RO, besøk [hjemmesiden](#).
- » Nye generasjoner av eldre. Denne rapporten tar for seg spørsmål om nye generasjoner av eldre kan tenkes å bli annerledes enn det dagens eldre er. Slagsvold, B. & Solem P.E. (red.); [Morgendagens eldre - En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre](#) (2005). NOVA- rapport 11/05. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- » Boligplaner og boligvisninger. Fyhn, A.B., Ytrehus, S. (2006). [Buføst, Bjørvika og Benidorm - Boligplaner og boligvisninger for eldre år](#). Fafo-rapport 511, Oslo: [Institutt for arbeidslivs- og velferdsforskning](#)
- » Omsorgsscenarioer. Hovedoppgaven [Seniorland - omsorgsscenarioer for de nye gamle](#), skrevet av Steinar Barstad(2006), presenterer tre omsorgsscenarioer om morgendagens eldre preferanser og behov. Scenario 1: Helsevesenet overtar ansvaret for eldreomsorgen, og det blir satset på helseforskning, kompetansebygging og teknologi. Scenario 2: Konsumentenes og entreprenørenes eldorado. Scenario 3: Omsorgsfellesskapet - om aktiv aldring, deltakelse, fellesskap og netverksbygging på tvers av generasjonene.
- » Fokus på de meget eldre 75+ undersøker ulike bomiljøer for eldre, i et helhetsspektiv ut fra behov, alder og livsstil. Det vises til eksempler på ulike måter å organisere bomiljøer og modeller fra Danmark, Europa og USA. Eriksen, Aa., Skousbøll, K.(2006). [Fokus på de meget ældre 75+](#). København: Center for Bolig og Velfærd.
- » Scenarier for fremtidens boliger. Instituttet for fremtidforskning. (2004). [Bag facaden. Scenarier for fremtidens boliger til ældre mod 2014](#). København: Instituttet for fremtidforskning.

Kulturell stimuli gir rekreasjon og inspirasjon.

Eksempler:

Haram omsorgssenter - Ingebrigt David - huset. Samarbeid mellom kommunen, som trengte et nytt omsorgssenter, og det private næringslivet, som trengte et nytt kjøpesenter. førte til at omsorgstilbudet ble plassert midt i kjøpesenteret. Også kommunens kulturhus er integrert i bygget. [Haram omsorgssenter - Ingebrigt David - huset](#).

Kirkens Bymisjon legger stor vekt på å tilby beboerne i sine sykehjem musikalske og kulturelle opplevelser. De forteller historier om passive eldre som ikke lenger kan gå, men reiser seg, går eller danser når de trekkes med i "ønskekonsert", sang, dans og andre kulturelle opplevelser. [Kirkens Bymisjon](#).

Fordypning:

[Den kulturelle spaserstokken](#). Mange kommuner, deriblant Tromsø, har god erfaring med tilskudd fra Den kulturelle spaserstokken som bidrar økonomisk til ulike former for kulturaktiviteter for brukere av kommunale tjenester. Tilskuddsordningen kan bidra til å flytte fokus fra "det syke" til å bevare og stimulere "det friske". Samspill mellom de frivillige og det offentlige gir gjensidig nytte og inspirasjon. [Den kulturelle spaserstokken](#).

Eldre med minoritetsbakgrunn.

Flexibilitet og åpenhet for endringer og justeringer av tjenestetilbud, er nødvendig for å gjøre tilbudet tilgjengelig også for dem med minoritetsbakgrunn. Tilgangen til møtesteder er en viktig funksjon for eldre fra etniske minoriteter. Først og fremst fordi de ofte har liten tilgang til det norske sorsamfunnet(Nergård 2008).

Fordypning:

- » Nergård, T.B. (2009) [Mangfoldig omsorg - Tre innvandrergrupper forteller om sine forventninger til alderdommen](#). NOVA- rapport 16/ 09. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- » Nergård, T.B. (2008) [Eldre innvanderes bruk av pleie- og omsorgstjenester - Rapport fra fem norske storbykommuner](#). NOVA- rapport 10/ 08. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Omsorgsboliger for demente

Fordypning:

- » [Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse](#).
- » [Nasjonalt kunnskapssenter for helse](#) tjenesten har utarbeidet rapport om [Bolitilbud for personer med demens](#). I kunnskapsoppsummeringen gjennomgås vitenskapelige studier om hvilke elementer i utforming av bomiljøet (arkitektur og design) som har effekt på demente. Rapport nr 11-2009.
- » [Sansehager for demente](#) er designet og tilrettelagt for å fungere best mulig i forhold til hvilke behov demente pasienter har. Hagen ligger ofte i tilknytning til et dagsenter eller et sykehjem, og skal hjelpe beboerne til å stimulere sansene. [Hageselskapet.no](#).
- » Berentsen, B.D., Eek, A., Greifsrød, E.E. (2007). [Sansehager for personer med demens - utforming og bruk](#). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Masteroppgaver om omsorgsboliger for personer med demens

Studenter fra Høgskolen i Buskerud har skrevet masteroppgave om boliger for personer med demens.

- » 1.) Om flytting fra hjemmet til skjermet enhet for demens, ektefellers opplevelser / Linn Hege Førsumd (2009) Last ned her: [Jeg har mistet min kjære for andre gang.pdf](#).
- » 2.) Om bemannede omsorgsboligers muligheter for realiseringen av et godt liv for personer med demens sett i et livstøpsperspektiv / Signe Tretteteig (2009) Last ned her: [Omsorgsboliger – et godt hjem for personer med demens?.pdf](#).
- » 3.) En undersøkelse om demensutredning i kommunehelsetjenesten med fokus på kartlegging av egenskaper ved hjemmet / Kirsten Langåsdalen (2009) Last ned her: [Hjemmets plass i demensutredningen.pdf](#).



Stabilitet, trygghet og tilknytning bidrar til bedre helse/tilstand for de eldre. Å få bo på samme sted, uavhengig av endrede omsorgsbehov, vil gi bedre livskvalitet

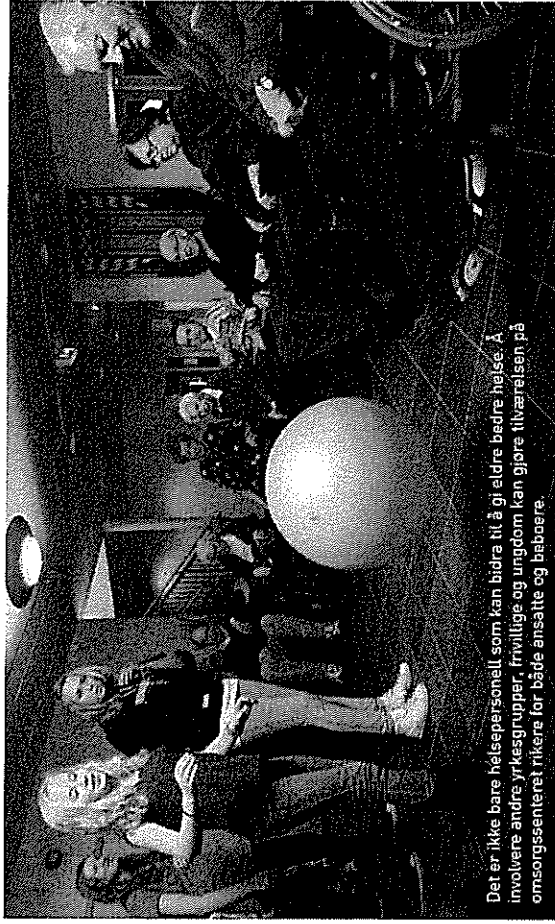
5. Skap omgivelser som stimulerer til aktive eldre

Det som har aller mest effekt på eldre helse, handler ikke om omsorg i tradisjonell forstand. Sosial aktivitet, fysisk aktivitet og deltakelse på kulturelle arrangementer bidrar vel så mye til å holde folk i god form og til at de holder seg friske lenger. Omgivelser, utseende og utforming av bygninger har stor betydning for hvordan alle mennesker opplever livet sitt. Å tenke alternativt i forhold til hvem som skal arbeide med de eldre, kan også gi god helsemessig gevinst. I flere kommuner er det ansatt kulturarbeidere og pedagoger i eldreomsorgen. De kan ta hensyn til andre deler av mennesket, og skape et rikere liv for dem de arbeider med. Dette er særlig viktig for personer med demens.

Eksempler:

Haram kommune trengte nytt omsorgssenter og et nytt kulturhus. Samtidig hadde COOP behov for nye butikklokaler. Gjennom et spleiselag ble Ingebrigt David-Huset til, og med et stort kjøpesenter i samme bygning som omsorgs- og kultursenteret. Samlokaliseringen har gitt et funksjonelt flerbrukshus som fungerer som møtested for alle generasjoner. Beboerne i omsorgsboligene kan blant annet ta heisen fra boligen sin og ned til kinoen i retasjon under. [Les mer om Ingebrigt David-Huset.](#)

Les om Bråta bo- og aktivitetssenter (punkt 2) og Tysværtunet aktivitets- og omsorgssenter (punkt 1).



Det er ikke bare helsepersonell som kan bidra til å gi eldre bedre helse. Å involvere andre yrkesgrupper, frivillige og ungdom kan gjøre tilværelsen på omsorgssenteret rikere for både ansatte og beboere.

Fordypning:

- » Helseeffekter av arkitektur. En kartlegging fra Kunnskapscenteret fastslår at helseeffekter av arkitektur og design kan måles. Dette kan bidra til å skape et relevant og pålitelig bilde av hvordan arkitektur og design kan brukes som helsebringende virkemiddel. Rapporten ble bestilt av Norsk Form høsten 2006 og kan lastes ned på [Kunnskapscenterets hjemmeside](#).
- » Helse og boligens utforming. Et tverrvitenskapelig europeisk forskningsprosjekt fra Lunds Universitet i Sverige, konkluderer med at forholdet mellom en persons funksjonelle kapasitet og miljøets utforming har betydning for helsen. Forskningsprosjektet viser at objektive og subjektive aspekter ved hjemmemiljøet har sammenheng med eldre opplevelser av helse, uttrykt gjennom selvstendighet, delaktighet og velvære. [Sammendrag om ENABLE-AGE prosjektet](#) og [ENABLE-AGE sine hjemmesider](#).
- » Estetikk som kilde til helse. Estetikk og helse (2009) gir en innføring i hva estetikk er, hvilke estetiske områder som har betydning for helse og trivsel.
- » Caspari, S. Estetikk og helse. (2009). Fagernes: Cappelen Akademisk forlag.
- » Estetikk og velvære. Estetikk og velvære; rom, sted og helse i historisk sammenheng og erfaringsbaserte studier av omgivelsenes betydning.
- » Gjengedal, E., Schiøtz, A. & Blygstad, A. (Red.) Arkitektur i tid og rom, (2008) Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- » Bli boende i egen bolig? Socialstyrelsen i Sverige har laget rapporten "Trappan mellan kvarboende och flytt" om hvilke fysiske rammer som spiller inn i forhold til at eldre kan fortsette å bo i egen bolig.
- » Eldre i en brytningstid. Våre holdninger og politisk vilje kan tilrettelegge for at de eldre skal bevare sin verdighet og ikke føle seg funksjonshemmet fordi de har nedsatt bevegelighet og et svekket sanseapparat. T. Bjerkreim, G. Eilertsen & R.Nord (Red.) (2005) Eldre i en brytningstid. Oslo: Gyldendat Akademisk.
- » Universell utforming skal inngå i all planlegging og i utforming av bygg og anlegg. Regjeringens handlingsplan for universell utforming og økt tilgjengelighet heter "Norge universelt utformet 2025". Handlingsplanen støtter ny diskriminerings- og tilgjengelighetslov, ny plan- og bygningslov, og annen ny lovgivning.
- » Nasjonalt utviklingsprosjekt med universell utforming. 17 pilotkommuner har deltatt i et nasjonalt utviklingsprosjekt, hvor universell utforming er brukt som strategi for å skape lokalsamfunn med god tilgjengelighet, men også likeverd, deltakelse og valgfrihet for alle. Det foreligger en rapport med erfaringer og anbefalinger fra prosjektperioden (Miljøverndepartementet, 2009). [Universell utforming som kommunal strategi](#).

6. Skap trivsel og arbeidsglede blant de ansatte

Omsorg som tar vare på hele mennesker, blir også en rikere oppgave for dem som skal utføre den. Trivsel og arbeidsglede påvirker helsen til dem som arbeider i omsorgssektoren. Det kan hindre stort sykefravær og at nødvendig helsepersonell forsvinner fra yrket. Omgivelsene påvirker ikke bare dem som bor på et omsorgscenter, men også dem som arbeider der. Sentral beliggenhet med nærhet til offentlig transport og tjenestetilbud er attraktivt også for potensielle arbeidstakere. Våre erfaringer viser at ansatte med annen fagbakgrunn, eksempelvis kulturarbeidere og pedagoger, øker trivselen blant de ansatte. Innholdet i jobben endrer seg og utvider omsorgsbegrepet slik at arbeidet oppleves som mer meningsfullt og spennende.

Eksempler:

Trivsel blant de eldre gir trivsel blant de ansatte. Hemmeligheten bak god omsorg kan være å bytte ut fokus på rutiner og overdreven vasking med mer hygge, slik de har gjort på Øyane sykehjem i Stavanger. Øyane sykehjem i Stavanger kommune mottok Kommunal Landspensjonskasses (KLP) arbeidsmiljøpris i 2007. [Les artikkel om Øyane sykehjem](#).

Sentral beliggenhet øker trivselen blant de ansatte, viser erfaringer fra Danmark. Det gjør det også lettere å rekruttere personell. Se [Greve kommune, Danmark](#).

Fordypning:

- » Ansattes holdninger og beboernes hverdagsliv. [St. meld. nr. 25 \(2005-2006\)](#)
Mestring, muligheter og mening slår fast at de fysiske rammene legger sterke føringer for organisering, drift og innhold av omsorgstjenestene. Mange kommuner bygger fortsatt tradisjonelle sykehjem med lange korridorer og lite areal for sosialt samvær. Omgivelsenes utforming påvirker også de ansattes holdninger og fagutøvelse, beboernes verdighet og hverdagsliv.

- » Farger har betydning. Omsorgsideologi, organisasjon, arbeidsmiljøets ergonomiske forutsetninger og estetiske uttrykk har betydning for helsearbeidernes arbeidstilfredshet. Studier bekrefter at omgivelsenes utforming har betydning både for ansatte og pårørende. Blant annet økte besøksfrekvensen ved at omsorgsavdelinger fikk nye farger på veggene. Wijk, H., Färgers betydelse för en stöjande miljö (2008). I Møller, K. & Knudstrup, M.A. (Red.), Trivsel i plejeboligen - en antologi om trivsel-faktorer i plejeboliger (s. 109-118), Odense: Syddansk universitetsforlag.



Mer hygge gir en rikere hverdag også for dem som arbeider i omsorgssektoren. Større variasjon i arbeidsoppgaver kan bidra til å redusere sykefraværet til de ansatte.

7. Bruk ny teknologi

Det utvikles mye ny og god teknologi som kan bidra til å gi et bedre omsorgstilbud til de eldre. Blant annet kan ny teknologi gi hjemmeboende eldre bedre mulighet til å varsle og forebygge ulykker, og på den måten får de eldre større trygghet og sikkerhet. Teknologi kan også gi eldre mulighet til å bo hjemme og ta vare på seg selv lenger, slik mange ønsker. Det kan også gi kommuner mulighet til mer omsorg for pengene. Men teknologi kan aldri erstatte menneskelig nærhet og omsorg. Teknologi må derfor brukes med varsomhet slik at det ikke skal gå ut over hensynet til de eldre.

Fordypning:

- » Innovasjon i helsesektoren. Innmeld er et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren, og arbeider blant annet med prosjektet Eremtidens eldreboliger.
- » Internasjonalt nettverk for Eldres Helsestjenester. IAHSA er en ideell organisasjon med en medlemsmasse som globalt representerer over 15 000 eldreinstitusjoner.
- » Bruk av smartusteknologi kan forebygge og varsle ulykker og gi beboerne økt trygghet og selvstendighet (St.meld. nr.25). Deltasenteret har gjennomført et prosjekt som har vurdert muligheter og kostnader ved installering i eksisterende boliger (Helsedirektoratet, 2004). Smartusteknologi - Planlegging og drift i kommunale tjenester.
- » Teknologirådet lanserte i 2009 rapporten "Eremtidens alderdom og ny leknologi". Teknologi som supplement til morgendagens omsorg. Her er også anbefalinger til Storting og Regjering om hva som kan gjøres for å få en god omsorgsteknologi inn i kommunenes omsorgstjenester. Rapporten, anbefalingene og debattpakken med framtidsscenarioer kan lastes ned her.



Ny teknologi til bruk i forbindelse med omsorg for eldre kan både gjøre tilbudet bedre og mer effektivt. Bruk av teknologi kan frigjøre tid til mer menneskelig kontakt mellom omsorgsberedere og de eldre, og må ikke være en erstatning for dette.

Historien bak de 7 gode råd

I desember 2005 fikk Helse- og omsorgsdepartementet en søknad om å opprette et landsomfattende tverretattlig nettverk som skulle arbeide med å utvikle gode bolig- og omsorgstilbud i kommunene. Avsender var Norsk Form. Initiativtaker var Annichen Hauan, seniorrådgiver og ansvarlig for arbeidsområdet. Hun har lang erfaring med tverrfaglig arbeid og pilotprosjekter, og søkte på bakgrunn av flere henvendelser og spørsmål om det fantes et sted der kommunene kunne hente informasjon om hvordan de skulle utvikle gode bo- og omsorgstilbud for sine eldre.

- Søknaden ble godt mottatt. Vi fikk beskjed om å levere forslag til tekst som skulle inn i den nye Stortingsmeldingen. Og - for første gang ble omgivelserens betydning i omsorgssektoren vektlagt. Opprinnelig var det ikke et ord om dette i Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006), den såkalte Omsorgsmeldingen. Men Norsk Form, Husbanken og andre har for lengst slått fast at hvis man ikke tenker helhet allerede på planstadiet, også når det gjelder omsorgsboliger, er det vanskelig å få til gode løsninger. Tomtevalg har stor betydning. Det nytter ikke å komme løpende når reguleringsplanen er ferdig, sier Annichen Hauan.

Så ble Omsorgsmeldingen lagt fram, med et eget avsnitt om arkitektur og designs betydning for livskvalitet og helse knyttet til boliger og institusjoner i helse- og sosialsektoren. Videre oryldt i meldingen var: "Norsk Form er i gang med tverrfaglig prosjektarbeid om forholdet mellom fysiske omgivelser og helse, med støtte fra Helse- og omsorgsdepartementet. Prosjektet knyttes til boliger og institusjoner i helse- og sosialsektoren".

Pengene kom på plass. Alle landets kommuner fikk tilbud om å delta. Tromsø, Melhus, Trondheim, Utstein, Flora, Bærum, Larvik, Stord, Stavanger, Hamar, Kongsberg, Rissa og Moss meldte sin interesse. Nettverket ble etablert. Med representanter fra store og små kommuner med ulikt næringsg-runntag, spredt over hele landet. Privat deltaker i nettverket er Kirkens Bymisjon.

Alle deltakere i nettverket har fått faglig og kreativ hjelp til å utvikle egne bolig- og omsorgsplaner. Et av kravene for å delta var at det fra før av eksisterte internt samarbeid på tvers av etatene innad i kommunen. Alle måtte forplikte seg til å delta på netværksmøter to ganger i året, og møtene alternerte mellom kommunene. I tillegg dekket kommunene selv sine møteutgifter, pluss en avgift på kr 15.000 til Norsk Form for drift av nettverket.

- Ideer, tanker, andres erfaringer og egne omsorgsplaner har vært lagt fram og diskutert. Dette har vært veldig spennende og lærerikt for alle. Den store fordelene er jo å kunne inspirere og lære av hverandre. Det viktigste er å nå fram til alle landets kommuner, videreformidlet kunnskap og gi inspirasjon til nye veier når det gjelder tilbud for eldre, sier Annichen Hauan.

Nettverkets mål framover er å presentere en samlet strategi og inspirere andre lokalsamfunn til å utvikle egne omsorgstilbud for eldre, tilpasset lokale forutsetninger og behov.



EIGERSUND KOMMUNE

Felles brukerutvalg

Utvalg:	Felles brukerutvalg		
Møtedato:	19.05.2010	Møtested:	Formannskapssalen
Tidspunkt - fra:	09:00	Tidspunkt - til:	13:00
Sak - fra / til:	020/10 - 028/10		

Følgende medlemmer møtte:

bru - Schneiderreit, Else Marie (Utvalgsleder)
bru - Endresen, Ommund (Medlem)
FRP - Havsø, Arntinn (Medlem)
bru - Siriphan Lien (Medlem)

bru - Sahlsten, Hans Kristian (Nestleder)
bru - Johansen, Solveig (Medlem)
bru - James Bawi Hnin Hrang Mang (Medlem)

Følgende medlemmer hadde forfall:

AP - Vanglo, Inghild (Medlem)
bru - Inger Marie Rodvelt Svindland (Medlem)

Følgende varamedlemmer møtte:

bru - Tengesdal, Håkon (varamedlem) KrF - Iversen, Edmund (varamedlem)

Følgende varamedlemmer møtte i enkeltsak(er):

Følgende fra administrasjonen/andre møtte:

Plansjef Dag Kjetil Tonheim, rådmann Karl Johan Olsen og levekårsjef Kåre Ingvar Helland.

Merknader til møtet:

- Siriphan Lien forlot møtet kl. 12.00. Da gjenslot behandling av sakene 24/10, 25/10, 27/10 og 28/10.

Else Marie Schneiderreit
Utvalgsleder

Randi S. Haugsted
Utvalgssekretær

Utvalgets faste medlemmer/varamedlemmer:

Fra seniorrådet:

- Else Marie Schneiderreit
- Inger Marie Rodvelt Svindland
- Solveig Johansen.

Varamedlemmer i rekkefølge.

1. Håkon Tengesdal
2. Leif G.B. Skandsen
2. Olav Lindø
3. Boleffe Risa
4. Nils Bakka
5. Birgit Hestnes

Fra råd for funksjonshemmede:

- Hans Kristian Sahlsten.
- Ommund Endresen.

Varamedlemmer i rekkefølge:

1. Lillian Ege.
2. Birger Aam
3. Ragnhild K. Pettersen
4. Ivar Henry Mong

Fra innvandrere/flyktninger:

- James Bawi Hnin Hrang Mang
- Siriphan Lien

Varamedlemmer i rekkefølge:

1. Solomon Phun Uk
2. Kittima Merkesdal

Politisk valgte representanter:

- Inghild Vanglo (AP)
- Arntinn Havsø (FrP)

Varamedlemmer i rekkefølge:

1. Edmund Iversen (KrF)
2. Sissel Voiås (AP)
3. Hans Merkesdal (FrP)

----0----

Saksliste:

Sak nr.	Sakstittel	L
020/10	Prosjekt driftstilpassning og organisasjonsgjenomgang 2010	
021/10	Økonomirapport Eigersund kommune - perioden januar-april 2010	
022/10	Rusomsorgstjenesten i Eigersund kommune.	
023/10	Temaplan for skole - ny behandling	
024/10	Godkjenning av protokoll fra felles brukerutvalgs møte 19.03.10	
025/10	Årsmelding for 2009 - råd for funksjonshemmede	
026/10	Barnetattigdom i Eigersund	
027/10	Referatsaker til felles brukerutvalgs møte 19.05.10	
028/10	Spørsmål/orienteringer i felles brukerutvalgs møte 19.05.10	

020/10: Prosjekt driftstilpasning og organisasjonsgjennomgang 2010

Rådmannens forslag til vedtak 20.05.2010:

Formannskapet innstiller til kommunestyret:

Følgende driftstilpasninger gjennomføres: (ikke i prioritert rekkefølge)

Tiltak	R2010	R2011	Arsv.							
1. Landbrukskontoret	25	75	0,2	<u>Driftstilpasninger godkjennes.</u>						
2. Næringsutvikler	175	700	1,0	<u>Stilling avvikles.</u>						
3. Vaktmester	430	430	1,0	<u>Vakant stilling trekkes inn.</u>						
4. Renholder	75	100	0,25	<u>iverksatt driftstilpasning godkjennes.</u>						
5. Fagarbeider – utemiljø	200	430	1,0	<u>Vakant stilling trekkes inn.</u>						
6. Lederstilling Maigården	300	550	1,0	<u>Vakant stilling trekkes inn – ifr. også egen sak om "Rusprosjekt".</u>						
7. Fyllsenteret	0	500	1,0	<u>Avtale reforhandles – ifr. også egen sak om "Rusprosjekt".</u>						
8. Personlig assistent – Kjerjaneset	440	660	1,2	<u>iverksatt driftstilpasning godkjennes.</u>						
9. Kjerjaneset – interne justeringer	40	86	0,2	<u>Interne justeringer godkjennes.</u>						
10. Sekretærstilling – Lundåne bo- og servicecenter	50	100	0,3	<u>Reduksjon i stillingsstørrelse godkjennes.</u>						
11. Sone Slettebø II: interne justeringer	200	493	0,85	<u>Intern driftstilpasning godkjennes.</u>						
12. Sone Eigerøy/ Lagård: Krettingeveien: nedleggelse	1.200	2.800	5,5	<u>Nedleggelse av Krettingeveien godkjennes.</u>						
13. Lærerstillinger – generelle reduksjoner	600	1.340	2,9	<u>Driftstilpasninger undervisning godkjennes. KUO delegeres fullmakt til å godkjenne endelig vedtak.</u>						
14. Overføre ungdomsskoletrinn Hellvik skole til Lagård u.skole	405	810	2	<u>Overflytting av ungdomstrinnet til Lagård ungdomsskole godkjennes gjennomført så snart som praktisk mulig.</u>						
15. Tilskudd private skoler	70	150	0,3	<u>Driftstilpasning private skoler godkjennes.</u>						
16. Diakonstilling	100	275	1,0	<u>Kommunalt tilskudd til diakonstillingen fjernes.</u>						
17. Kulturskolen	35	80	0,2	<u>Vakant stilling trekkes inn.</u>						
18. Duehuset korttidsbarnehage	310	680	2,1	<u>Duehuset korttidsbarnehage avvikles.</u>						
19. Rundevoll barnehage	120	270	0,8	<u>Driftstilpasning godkjennes.</u>						
20. Ungdomskontakten	45	100	0,2	<u>Driftstilpasning godkjennes.</u>						
21. Pingvinen	45	100	0,2	<u>Driftstilpasning godkjennes.</u>						
22. Bibliotek	200	440	1,0	<u>Nedleggelse av filial Hellvik/ Helleland/ reduksjon på hovedbiblioteket godkjennes.</u>						
23. Kulturavdelingen	115	250	0,6	<u>Inndragelse av vakant stilling godkjennes.</u>						
24. Kasernert braunvakt	300	900	2,0	<u>Kasernert braunvakt nedlegges.</u>						
25. Bakkebo gård:	100	400	2,0	<u>Endelig vurdering foretas når sak om forpaktingsavtale fremmes.</u>						
SUM STILLINGER	5.580	12.389	28							
ANNET										
26. Barnehager				<u>Salg av kommunale barnehager til private vurderes i forbindelse med budsjett 2011.</u>						
27. Destinasjon Dalane		350		<u>Tilskudd avvikles. Det gis et tilskudd på kr 150.000 til Destinasjon Dalane for drifting av turistinformasjon.</u>						
28. Tilskudd Nordsjøveien	0	50		<u>Tilskudd avvikles.</u>						
29. Statlige edruskapsplasser	200	400		<u>Det brukes kun statlige edruskapsplasser. Dersom private edruskapsplasser nyttes sendes refusjonskrav til Helse Stavanger.</u>						
30. Billettpriser Kino	150	300		<u>Billettpriser ved Kinoen økes med 10 %</u>						
31. Hjemmehjelpssatser – økning	50	100		<u>Enkelte hjemmehjelpssatser økes. HO gis fullmakt til å fatte endelig vedtak.</u>						
32. Trafikkarlig veier – skyss	50	200		<u>Det foretas gjennomgang av ordningen med skoleskyss. KUO gis fullmakt til å fatte endelig vedtak.</u>						
33. Kulturskolen	50	100		<u>Betalingssetser økes med 10 %</u>						
34. Barnehagesatser – endring av nivåer		250		<u>Nivåer for barnehagesatser – endres fra 5 til 3. KUO gis fullmakt til å fatte endelig vedtak.</u>						
Sum andre tiltak	500	1.750								
Sum stillinger	5.580	12.389								
Sum Totalt	6.080	14.139								
Justering / endring av investeringer										

19.05.2010 Felles brukerutvalg

Møtebehandling:

Nye dokumenter i saken:

- Administrasjonen – Prosjekt driftstilpasninger og organisasjonsgjennomgang 2010 – Prosjektgruppes sluttrapport (jpid.: 10/13294)
- Prosjektgruppe Sentraladministrasjonen – Sluttrapport – jpnr. 10/8837
- Prosjektgruppe Miljøavdelingen – Sluttrapport (jpid.: 10/8042)
- Prosjektgruppe Helse- og omsorg (jpid.: 10/12782)
- Prosjektgruppe Skole- og kultur (jpid.: 10/12509)
- Fagforbundet – Høringsuttalelse (jpid.: 0/13379)
- Delta – Høringsuttalelse (jpid.: 10/13378)
- NFF og NETF – Høringsuttalelse (jpid.: 10/12855)
- Eigersund kirkelege fellesråd (jpid.: 10/13056)
- Samarbeidsutvalget ved Helleland skole (jpid.: 10/13388)
- Administrasjonen – Spørsmål tilknyttet sak om driftstilpasninger 2010 (jpid.: 10/13407)
- Utdanningsforbundet – Høringsuttalelse (jpid.: 10/13448)

---0---

EDMUND IVERSEN (KRF) foreslo:

"Prosjekt driftstilpasninger og organisasjonsgjennomgang 2010 tas til orientering."

ELSE MARIE SCHNEIDERIT (brukerrepr.) foreslo:

"Felles brukerutvalg ber om at det i innsparringsprosessen blir tatt hensyn til barn og unge, samt skoletilbud."

Votering:

Iversens forslag enstemmig vedtatt.
Schneiderits forslag enstemmig vedtatt.
Rådmannens forslag kom dermed ikke til votering.

BRU-020/10 Vedtak:

Prosjekt driftstilpasninger og organisasjonsgjennomgang 2010 tas til orientering.

Felles brukerutvalg ber om at det i innsparringsprosessen blir tatt hensyn til barn og unge, samt skoletilbud.

Vedtaket er enstemmig.

021/10: Økonomirapport Eigersund kommune - perioden januar-april 2010

Rådmannens forslag til vedtak 11.05.2010:

Formannskapet innstiller til Kommunestyret:

1. Det legges frem en sak som viser
 - a. Endringene knyttet opp mot regelverket i eierskap av energiselskaper.
 - b. Verdisetting av våre eierandeler i Dalane energi og Lyse energi.
 - c. Skisserer økt utbytte/eventuelt nedslag av våre eierandeler i Dalane energi og Lyse energi.

2. Det igangsettes et arbeid for ytterligere driftsreduksjoner. En viser her til budsjettvedtak 27 og 28 for budsjettet i 2010. Egen sak legges frem til formannskapet og kommunestyret.
3. Hovedutvalgene får fullmakt til å foreta reduksjoner – herunder nedlegging av tiltak – innenfor sitt egen ansvarsområde.
4. Eigersund kommune oversender et brev til regjering, Stortinget (kommunal og finanskomiteen), Husbanken, Finansdepartement og Kommunaldepartement hvor en ber om at en ser på re-innføring av Kjøpslån i Husbanken. Dette også med tanke på gjeldssituasjonen til kommunene.
5. Kirken i Eigersund kommune gis en kompensasjon/tilskudd knyttet opp mot nytt orgel i kapell på totalt 180.000 kroner. Tilskuddet gis i 2010.
6. Kirken i Eigersund kommune gis en kompensasjon/tilskudd knyttet dekning av tidligere års underskudd. Tilskuddet er på totalt beløp er 300.000 kroner og gis over tre år – på 100.000 kroner hvert år i 2010, 2011 og 2012.
7. Eigersund kommune reverserer reduksjon knyttet til festeinntekten overfor kirken.
8. For å finansiere økte driftsutgifter i 2010 foreslås følgende disponeringer:
 - a. Bruk av Pensjonsfondet med 2.500.000 kroner.
 - b. Bruk av AFP-fondet med 1.300.000 kroner.
 - c. Bruk av Finansfondet med 700.000 kroner.
 - d. Bruk av Skattereguleringsfondet med 8.000.000 kroner.
 - e. Bruk av Premieavviklingsfondet med 1.500.000 kroner.
9. Utbyttet til Lyse energi reduseres med 400.000 kroner for 2010.
10. Skatteanslaget reduseres med 8.000.000 kroner.
11. Anslag på eiendomsskatten økes med 400.000 kroner.
12. Anslag på tilskudd til ressurskrevende tjenester økes med 1.000.000 kroner.
13. Anslag på kompensasjonstilskuddet økes med 600.000 kroner.
14. Integrasjonstilskuddet – mottak flyktninger – økes med 1.000.000 kroner.
15. Budsjettert momsrefusjon drift økes med 900.000 kroner.
16. Budsjettert kompensasjonstilskudd økes med 600.000 kroner.
17. Kalkulatoriske poster (inntekter) for Vann- og avløpssektoren reduseres med 2.500.000 kroner.
18. Sentraladministrasjonen kompenseres for økte utgifter knyttet til:
 - a. Forsikring av anleggsmidler på 250.000 kroner.
19. De sentrale pensjonsmidlene på Kap. 7 tilføres 2.000.000 kroner.
20. Levekårsavdelingen Skole og oppvekst kompenseres for økte utgifter knyttet til barnevernet med totalt 4.000.000 kroner.
21. Levekårsavdelingen HO kompenseres for økte utgifter knyttet til:
 - a. Økte lønnsutgifter og kjøkkendrift ved Lagård-komplekset – 1.500.000 kroner.
22. Det fremmes en egen sak om drift av kisesenter i Eigersund kommune – herunder eventuell tilknytning til andre kommuner.
23. Miljøavdelingens ramme økes med 500.000 kroner knyttet opp mot dekning av kommunale gebyr (VAR).
24. Det ansettes en 100% stilling ved Miljøavdelingen som skal arbeide med prosjektoppfølgning. Utgifter ved stillingen dekkes på investeringsprosjektene stillinger arbeider på/opp mot etter faktisk medgåtte timer.
25. Branntekniske utbedringer ved Kulturhuset skyves frem til 2010 (fra 2012). Det settes av 3.000.000 kroner til prosjektet. Finansieringen skjer ved at investeringsprosjekt "1218 Ombygging av Duehuset barnehage" slettes (tiltaket avvikles).

19.05.2010 Felles brukerutvalg

Møtebehandling:

EDMUND IVERSEN (KRF) foreslo:

"Felles brukerutvalg tar økonomirapport Eigersund kommune – periode januar – april 2010 til orientering."

Votering:

Iversens forslag enstemmig vedtatt.
Rådmannens forslag kom dermed ikke til votering.

BRU-021/10 Vedtak:

Felles brukerutvalg tar økonomirapport Eigersund kommune – periode januar – april 2010 til orientering.

Vedtaket er enstemmig.

022/10: Rusomsorgstjenesten i Eigersund kommune.

Rådmannens forslag til vedtak 03.05.2010:

Helse og omsorgsutvalget innstiller til kommunestyret:

1. Foreliggende rapport tas til etterretning.
2. Avtalen med Fyrlisssenteret reforhandles med virkning senest fra sommeren 2011 med sikte på en reduksjon på 500.000 kr, tilsvarende en stilling.
3. Det forusettes en aktiv oppfølging av avtalen med Frelsesarmeen, vedrørende §2.3 om forannevntes plass i kommunens integrerte tiltakskjede.
4. Rusomsorgen legges under driftsenhet for psykisk helse.
5. Tilbudet om kjøp av flere tjenester fra Frelsesarmeen avslås på det nåværende tidspunkt.
6. Eigersund kommune stiller seg positiv til det planlagte interkommunale rusomsorgsprosjektet og kommunestyret imøteser en egen sak om dette når prosjektet er nærmere avklart.
7. Sakens økonomiske aspekter ses i sammenheng med eventuelle driftstilpasninger som kan berøre denne tjeneste.

20.04.2010 Helse- og omsorgsutvalget

Møtebehandling:

- Nye dokumenter i saken:
 - Redigert utgave av rapport "prosjekt bedre samhandling i rusomsorg 2006-2011" dat. 15.12.2009 ble delt ut. (jnr. 10/11008)
 - E-post fra Kåre Ingvar Helland dat. 20.4.2010 ble delt ut. (jnr. 10/11047)

Votering:

Rådmannens innstilling enstemmig vedtatt.

HO-008/10 Vedtak:

Helse og omsorgsutvalget innstiller til kommunestyret:

1. Foreliggende rapport tas til etterretning.
2. Avtalen med Fyrlisssenteret reforhandles med virkning senest fra sommeren 2011 med sikte på en reduksjon på 500.000 kr, tilsvarende en stilling.
3. Det forusettes en aktiv oppfølging av avtalen med Frelsesarmeen, vedrørende §2.3 om forannevntes plass i kommunens integrerte tiltakskjede.
4. Rusomsorgen legges under driftsenhet for psykisk helse.
5. Tilbudet om kjøp av flere tjenester fra Frelsesarmeen avslås på det nåværende tidspunkt.
6. Eigersund kommune stiller seg positiv til det planlagte interkommunale rusomsorgsprosjektet og kommunestyret imøteser en egen sak om dette når prosjektet er nærmere avklart.
7. Sakens økonomiske aspekter ses i sammenheng med eventuelle driftstilpasninger som kan berøre denne tjeneste.

Vedtaket er enstemmig.

19.05.2010 Felles brukerutvalg

Møtebehandling:

HANS KRISTIAN SAHLSTEN (brukerrepr.) foreslo:

- "Endring i punkt 2:
2. Avtalen med Fyrlisssenteret reforhandles med virkning senest fra sommeren 2011 med sikte på en reduksjon på 250.000,- tilsvarende en ½ stilling."

ELSE MARIE SCHNEIDERREIT (brukerrepr.) foreslo:

"Felles brukerutvalg støtter helse- og omsorgsutvalgets innstilling."

Votering:

Sahlstens forslag punkt 2 vedtatt med 6 stemmer mot 3 stemmer (Eise Marie Schneiderreit (brukerrepr.)+ Arnfinn Håvsø (FRP) og Håkon Tengesdal (brukerrepr.)).
Schneiderreits forslag enstemmig vedtatt.

BRU-022/10 Vedtak:

Felles brukerutvalg støtter helse- og omsorgsutvalgets innstilling med følgende endring:

2. Avtalen med Fyrlisssenteret reforhandles med virkning senest fra sommeren 2011 med sikte på en reduksjon på 250.000 kr, tilsvarende en ½ stilling.

Vedtaket stemmetall fremgår av voteringen.

023/10: Temaplan for skole - ny behandling

Rådmannens forslag til vedtak 05.05.2010:

Felles brukerutvalg innstiller overfor kommunestyret:

1. Temaplan for skole 2010 – 2013 vedtas.
2. Tiltak som er foreslått i driftstilpasningsprosessen vil kunne ha konsekvenser m.h.t. konklusjonene i denne utredningen.

19.05.2010 Felles brukerutvalg

Møtebehandling:

Votering:
Årsmelding enstemmig godkjent.

BRU-025/10 Vedtak:

Årsmelding for 2009 godkjennes.

Vedtaket er enstemmig.

026/10: Barnefattigdom i Eigersund

Rådmannens forslag til vedtak 07.05.2010:

Felles brukerråd avgir følgende uttalelse:

1. Foreliggende sak tas til orientering
2. Det utarbeides en kortfattet handlingsplan om barnefattigdom, som ferdigstilles i løpet av september.
3. Eventuelle økonomiske konsekvenser forsøkes innarbeidet i budsjett/økonomiplan 2011.

19.05.2010 Felles brukerutvalg

Møtebehandling:

Votering:
Rådmannens innstilling enstemmig vedtatt.

BRU-026/10 Vedtak:

Felles brukerråd avgir følgende uttalelse:

1. Foreliggende sak tas til orientering
2. Det utarbeides en kortfattet handlingsplan om barnefattigdom, som ferdigstilles i løpet av september.
3. Eventuelle økonomiske konsekvenser forsøkes innarbeidet i budsjett/økonomiplan 2011.

Vedtaket er enstemmig.

19.05.2010 Felles brukerutvalg

Møtebehandling:

ELSE MARIE SCHNEIDERREIT (brukerrepr.) foreslo:
"Felles brukerutvalg støtter kultur- og oppvekstutvalgets innstilling til temaplan for skole."

Votering:

Schneiderreits forslag enstemmig vedtatt.

BRU-023/10 Vedtak:

Felles brukerutvalg støtter kultur- og oppvekstutvalgets innstilling til temaplan for skole.

Vedtaket er enstemmig.

024/10: Godkjenning av protokoll fra felles brukerutvalgs møte 19.03.10

Forslag til vedtak 21.04.2010:

Protokoll fra felles brukerutvalgs møte den 19.03.10 godkjennes.

19.05.2010 Felles brukerutvalg

Møtebehandling:

- Nytt dokument i saken:
- Protokoll fra felles brukerutvalgs ekstraordinære møte 12.05.10 (L.nr.:10/13409)

Votering:

Protokollen enstemmig godkjent.

BRU-024/10 Vedtak:

1. Protokoll fra felles brukerutvalgs møte den 19.03.10 godkjennes.
2. Protokoll fra felles brukerutvalgs ekstraordinære møte den 12.05.10 godkjennes.

Vedtaket er enstemmig.

025/10: Årsmelding for 2009 - råd for funksjonshemmede

Forslag til vedtak 25.02.2010:

Årsmelding for 2009 godkjennes.

027/10: Referatsaker til felles brukerutvalgs møte 19.05.10

Referatsaker som legges frem for utvalget 03.05.2010:

Sakene legges frem uten innstilling/merknad fra administrasjonen.

Nr	Dok.ID	Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
1	10/12243	28.04.2010	Brannvern- og beredskapsrådgiver 1	Varsel om oppstart av regulering/reguleringsendring - gnr. 4 bnr. 13 og 138, Skadbergstronda
2	10/11888	27.04.2010	Div.mottakere	Varsel om oppstart av revidering av kommuneplan for Eigersund kommune 2011 - 2022 og høring av forslag til planprogram
3	10/10465	14.04.2010	Hermud Teigen AS	Konsekvensanalyse Eigersund
4	10/12741	05.05.2010	Div.mottakere	Reguleringsendring Skadberg ferisesenter del av gnr. 4 bnr. 129 - Ole Christen Skadberg
5	10/10914	20.04.2010	Dag Kjetil Tonheim	Høringsuttalelse fra felles brukerutvalg vedr. reguleringsplan for gnr. 2 bnr. 35, 38 og del av 4 Kvafjellet - fritidsboliger
6	10/10916	20.04.2010	Dag Kjetil Tonheim	Høringsuttalelse fra felles brukerutvalg vedr. reguleringsendring gnr. 7 bnr. 96 - Vadlåsmyra boligfelt
7	10/10918	20.04.2010	Dag Kjetil Tonheim	Høringsuttalelse fra felles brukerutvalg vedr. reguleringsplan for gnr. 60 bnr. 1 Hellyk - boligformål
8	10/4561	10.03.2010	Likestilling- og diskrimineringsombudet	Anmodning om ytterligere informasjon
9	10/9051	25.03.2010	Lund kommune	Invitasjon til fellesmøte på Moi - 10.06.10
10	10/10758	18.04.2010	Bjerkreim kommune	Bjerkreim kommune - kopi av møteinnkalling til felles råd for eldre og funksjonshemmede, 22.04.10
11	10/9723	06.04.2010	Arlid Storm Ruud	Likeverd som tema i den kommunale saksbehandling og i den lokalpolitiske debatt
12	10/10946	14.04.2010	Arlid Storm Ruud	Eigersund kommune - ny miljøgate - kopi av brev til Likestillingsombudet
13	10/10950	19.04.2010	Rogaland fylkeskommune	Protokoll fra fylkets eldreråd 2/10 - 16.03.10
14	10/10930	19.04.2010	Rogaland fylkeskommune	Protokoll fra fylkesrådet for funksjonshemmede 2/10 - 15.03.10
15	10/9003	30.03.2010	Felles kultursatsing Rogaland	Felles kultursatsing Rogaland
16	10/9528	24.03.2010	Eldreaksjonen v/Karl Bruun Wylter	Aksjon Bedre Eldreomsorg - sikre at hjelpetruende eldre får dekket grunnleggende behov - forslag til ny kvalitetsforskrift
17	10/9446	12.04.2010	Tilsyssek- Lagård bo- og servicesenter	Tilsyssek- Lagård bo- og servicesenter
18	10/10022	12.04.2010		Informasjon til Helse- og omsorgsstyret om situasjonen for fysioterapifjernet i Eigersund kommune.
19	10/6672	09.03.2010		Brakerstyrt personlig assistanse

20	10/12263	U	30.04.2010	Gerd Arrestad	Navn reiserreform
21	10/13006	U	10.05.2010	AnkoNova AS	Høringsuttalelse fra felles brukerutvalg vedr. oppstart av planarbeid - reguleringsplan for rassikring av FV 42 ved Gyvatnet
22	10/13044	I	09.05.2010	Råd for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne	Invitasjon til fellesmøte i Lund - 10.06.10

19.05.2010 Felles brukerutvalg

Møtebehandling:

1	Varsel om oppstart av regulering/reguleringsendring - gnr. 4 bnr. 13 og 138, Skadbergstronda
---	--

ELSE MARIE SCHNEIDERREIT (brukerrepr.) foreslo:

"Felles brukerutvalg har ingen merknader til saken."

Voting:

Schneiderreits forslag enstemmig vedtatt.

2	Varsel om oppstart av revidering av kommuneplan for Eigersund kommune 2011 - 2022 og høring av forslag til planprogram
---	--

PLANSJEFEN orienterte om saken og ønsket innspill fra felles brukerutvalg.

---0---

ELSE MARIE SCHNEIDERREIT (brukerrepr.) foreslo:

"Felles brukerutvalg ønsker å få delta i utarbeidelse av kommuneplan for Eigersund kommune 2011-2022 og høring av forslag til planprogram. Utvalget ønsker å sette fokus på følgende saker/tema:

o Seniorpolitikk:

1. Type
 2. Lokalisering
 3. Struktur
 4. Integrasjon
- o Aktivitetssenter

Felles brukerutvalg ønsker å ta dette opp i eget møte i august."

Voting:

Schneiderreits forslag enstemmig vedtatt.

3	Konsekvensanalyse Eigersund
---	-----------------------------

ELSE MARIE SCHNEIDERREIT (brukerrepr.) foreslo:

"Felles brukerutvalg har ingen merknader til konsekvensanalysen."

Voting:

Schneiderreits forslag enstemmig vedtatt.

4. Reguleringsendring Skadberg ferisesenter del av gnr. 4 bnr. 129 - Ole Christen Skadberg

- OMMUND ENDRESEN (brukerrepr.) ba om fritak idet han har campingvogn på Skadberg ferisesenter, jf. vi. § 6, 2. ledd. Det fremkom ikke merknader til saken. Det var ikke innkalt vara, så det var kun 8 medlemmer tilstede under behandlingen.

---- 0 ----

ELSE MARIE SCHNEIDERREIT (brukerrepr.) foreslo:
"Felles brukervalg har ingen merknader til saken."

Voting:

Schneiderreits forslag enstemmig vedtatt.

9. Invitasjon til fellesmøte på Moi - 10.06.10

LEDER ELSE MARIE SCHNEIDERREIT ønsker å delta på fellesmøtet torsdag 10.06.10. Da ingen andre som var tilstede i møtet hadde anledning til å gå, blir medlemmene som hadde forfall kontaktet.

13. Protokoll fra fylkeseldreråd 2/10 - 16.03.10

LEDER ELSE MARIE SCHNEIDERREIT viste til sak 3/10 - DISPONERING AV MIDLER TIL FOLKEHELSEARBEID 2010 fra fylkes eldreråds protokoll, og stilte spørsmål om hva disse midlene brukes til.

Innstillingen er at det fordeles kr 200.000,- til folkehelsearbeid til Eigersund kommune.

Felles brukervalg ber om svar på hva disse midlene brukes til. Brev/notat sendes kommunalege Bjarne Rosenblad.

14. Protokoll fra fylkesrådet for funksjonshemmede 2/10 - 15.03.10

LEDER viste til sak FRF -11/10 REGIONALT UTVIKLINGSPROGRAM 2010 (Protokoll fra fylkesrådet for funksjonshemmede 2/10 - 15.03.10).

Felles brukervalg ber om en orientering om hvilke kriterier som legger til grunn for å få tildelt midler til Regionalt Utviklingsprogram.

Det sendes henvendelse til leder for fylkesrådet for funksjonshemmede Inghild Vanglo ang. kriteriene. Inghild hadde forfall i dagen møte, og kunne derfor ikke redegjøre for saken.

16. Aksjon Bedre Eldreomsorg - sikre at hjelpeengende eldre får dekket grunnleggende behov - forslag til ny kvalitetsforskrift

ELSE MARIE SCHNEIDERREIT (brukerrepr.) viste til skriftet vedr. Aksjon Bedre Eldreomsorg (nr.: 10/9528), og mente at dette er et godt forslag som Eigersund kommune bør se på. Følgende forslag ble fremmet:

"Felles brukervalg viser til forslag til ny kvalitetsforskrift utarbeidet av AKSJON BEDRE ELDTREOMSORG 2009 (nr.: 10/9528) – og synes dette er et meget godt forslag.

Utvalget ber om at saken oversendes helse- og omsorgsutvalget for videre vurdering."

Voting:

Schneiderreits forslag enstemmig vedtatt.

20. Nav reiserreform

ELSE MARIE SCHNEIDERREIT (brukerrepr.) viste til brev fra Gerd Årrestad, datert 30.04.10 ang. Nav reiserreform.

Brevet er besvart av helsefaglig ansvarlig Anne Brit W. Tengedal (jnr.:10/12263) som skriver at kommunens sentralbord vil yte hjelp til utfylling av reiseregning.

Felles brukervalg ber om at informasjon vedr. dette gjøres kjent på legekontorene- og om mulig også i lokaltavisen.

----0----

Felles brukervalg hadde ingen merknader til de øvrige referatsakene.

BRU-027/10 Vedtak:

Varsel om oppstart av regulering/reguleringsendring - gnr. 4 bnr. 13 og 138, Skadbergstronda

Felles brukervalg har ingen merknader til saken.

Varsel om oppstart av revidering av kommuneplan for Eigersund kommune 2011 - 2022 og høring av forslag til planprogram

Felles brukervalg ønsker å få delta i utarbeidelse av kommuneplan for Eigersund kommune 2011-2022 og høring av forslag til planprogram. Utvalget ønsker å sette fokus på følgende saker/tema:

- o Seniorpolitikk:
- 2. Type
- 2. Lokalisering
- 3. Struktur
- 4. Integring
- o Aktivitetscenter

Felles brukervalg ønsker å ta dette opp i eget møte i august.

Konsekvensanalyse Elgersund

Felles brukertvalg har ingen merknader til konsekvensanalysen.

Reguleringsendring Skadberg feriesenter del av gnr. 4 bnr. 129 - Ole Christen Skadberg

Felles brukertvalg har ingen merknader til saken.

Aksjon Bedre Eldreomsorg - sikre at hjelpetrequende eldre får dekket grunnleggende behov - forslag til ny kvalitetsforskrift

Felles brukertvalg viser til forslag til ny kvalitetsforskrift utarbeidet av AKSJON BEDRE ELDREOMSORG 2009 (jnr.: 10/9528) – og synes dette er et meget godt forslag.

Utvalget ber om at saken oversendes helse- og omsorgsutvalget for videre vurdering.

Vedtaket er enstemmig.

028/10: Spørsmål/orienteringer i felles brukertvalgs møte 19.05.10

Spørsmål/orienteringer i møtet 21.04.2010:

19.05.2010 Felles brukertvalg

Møtebehandling:

- ELSE MARIE SCHNEIDEREIT (brukerrepr.) orienterte om felles brukertvalgs budsjett, og hva utvalget har brukt så langt i år.

BRU-028/10 Vedtak:

Det ble ikke fattet vedtak i saken.

Statusrapport

Kommunale boliger høsten 2010



INNHALDSFORTEGNELSE

Innledning	side 3
Vurdering av de ulike boligene	side 4
Oppsummering av status	side 4
Leiligheter disponert av NAV v/sosialtjenesten	side 7
Leiligheter disponert av pleie- og omsorgstjenesten	side 8
Om boliger og andre bygninger på det tidligere institusjonsområdet på Bakkebø	side 12



INNLEDNING

Daværende helse- og sosialtjenestefet etablerte våren 1998 en arbeidsgruppe som fikk i oppgave å foreta en helhetlig gjennomgang av den kommunale boligmassen og vurdere den enkelte avdelings behov for å beholde de ulike boligene. Dette arbeidet har siden blitt videreført gjennom en tilnærmet årlig rullering.

Målet med dette arbeidet er først og fremst å sikre en til enhver tid maksimal utnyttelse av de kommunale boligene. Dette har en også oppnådd i praksis gjennom å utvikle et tett samarbeid mellom miljøavdelingen og levekårsavdelingen. De siste par årene er også NAV blitt en sentral samarbeidspartner. Videre har arbeidsgruppen gjennom sitt arbeid tatt sikte på å vurdere salg av boliger dersom disse ikke lenger vurderes som hensiktsmessig å beholde for Eigersund kommune.

Denne gjennomgangen har også imbefattet boliger på det tidligere institusjonsområdet på Bakkebø som er organisert under Sandnes Boligbyggelag.

Arbeidsgruppen minner også om at kommunestyret i juni 2009 vedtok en bolig sosial handlingsplan for Eigersund kommune for perioden 2009 – 2012. Som en konsekvens av denne og det pågående reguleringsplanarbeidet på det tidligere institusjonsområdet på Bakkebø, har de ulike tilleggskapitlene i boligrapporten nå blitt tatt ut. Denne statusrapporten er dermed fra 2009 av blitt en revideret boligrapport.

Arbeidsgruppens har nå følgende sammensetning:

Bygg og eiendomssjef Helge Waage
Helsefaglig ansvarlig/leder tiltaks teamet Anne Brit Tengedal
Seksjonsleder NAV Egil Tengs
Soneleder Inger Mathisen Rake

I 2010 har også levekårsjef Kåre Ingvar Helland deltatt i arbeidet. Førstekonsulent Jan Petter Leidland er sekretær for arbeidsgruppen.

VURDERING AV DE ULIKE BOLIGENE

Oppsummering av status

Innledningsvis vil arbeidsgruppen kort oppsummere den generelle status på dette området for de berørte tjenesteområdene. Selv om det er miljø- og driftsavdelingen som har ansvaret for alle de kommunale boligene, har arbeidsgruppen funnet det hensiktsmessig å splitte boligene opp etter hvilke tjenesteområder som disponerer dem. Dette er gjort for å kunne gi en mer oversiktlig fremstilling.

Miljøavdelingen/bygg- og eiendomsforvaltningen:

Det er etter hvert blitt få kommunalt ansatte som eterspør leiligheter. Imidlertid kommer det fortsatt enkelte henvendelser fra nyansatte i kommunen. Også fra personer som ikke er ansatt i Eigersund kommune kommer det henvendelser nå og da.

Bruken av kommunale boliger i Eigersund kommune har over tid utviklet seg slik at disse bare i unntakstilfeller blir benyttet til personalformål.

Levekårsavdelingen - pleie- og omsorgstjenesten:

I den nåværende situasjon klarer omsorgstjenestene seg rimelig bra. Men det finnes likevel mange utfordringer. Presset mot å få kommunal bolig har vært klart økende i de siste årene. Utfordringene er spesielt knyttet til følgende innsatsområder:

A. Serviceleiligheter og bofellesskap for eldre.

Bo- og servicesesentrene på Kjeraneset og Lundeåne, samt det nye bofellesskaps- og sykehjemstilbudet på Lagård, har forbedret situasjonen merkbart i forhold til for noen år tilbake. Etter hvert som hjemmetjenestene har blitt godt utbygde kan mange eldre nå bli boende hjemme mye lengre enn tidligere. En konsekvens av dette igjen er at når de først flytter til et kommunalt tilbud, så er omsorgsbehovet gjennomgående høyt. Det er spesielt krevende å finne tilfredsstillende løsninger for personer med demensstilstander i bofellesskap.

B. Behov for leiligheter for hjemmeboende psykisk utviklingshemmede.

Eigersund kommune har siden midten av nittårene etablert snart 40 opprinnelig hjemmeboende psykisk utviklingshemmede i kommunale leiligheter. I all hovedsak har dette skjedd uten ventetid av betydning, noe som ellers er høyst uvanlig i norske kommuner. I de nærreste årene ser det ut til å bli en krevende oppgave å opprettholde denne gunstige situasjonen. Først og fremst fordi vi har et betydelig antall ungdommer som de neste 4-5 årene vil bli aktuelle for etablering i kommunal bolig.

C. Økt tilbud for utviklingshemmede med omfattende pleiebehov.

Fra 2003 av har tidligere institusjonsbeboere på Bakkebø fått sitt omsorgstilbud i bo- og servicesentret på Lagård når de ikke lenger har kunnet fungere i sin opprinnelige bolig. I all hovedsak gjelder dette eldre vertskommunebeboere. Pr. september 2010 får til sammen 15 personer med utviklingshemming sitt omsorgstilbud på Lagård bo- og servicesenter.

- D. Etablere hensiktsmessige tilbud til brukere med spesielt krevende adferd på det tidligere institusjonsområdet på Bakkebø når hjelpeverge og/eller pårørende ønsker dette. Slike etableringer har nå blitt gjennomført i flere tilfeller.
- E. I Eigersund kommune har vi det siste tiåret opplevd en nærmest ekspllosiv økning av antall barn og unge med diagnoser innen autismespekteret. Pr. september 2009 har PPT totalt registrert 41 personer født i 1990 eller senere. De aller fleste er yngre enn 15 år. Og selv om ikke alle disse skal ha en kommunal bolig i fremtiden vil denne utviklingen etter hvert representere en meget stor utfordring for kommunen.
- F. Det er et økende behov for leiligheter for ungdommer som tidligere har hatt sitt tilbud i barnevernsjenesten. Denne tendensen har spesielt blitt merkbare de aller siste årene. En av flere årsaker til dette er at BUF- etat (statlig) fører en hardere linje overfor kommunene enn tidligere når det gjelder lokale etableringer av ungdom som har et statlig institusjonstilbud. BUF-etat krever at disse skal etableres i kommunene nye tidligere enn før. Helst når de blir 18 år. I den forbindelse må vi i kommunen bli flinkere til å bruke de gjennomgangsboligene vi har på en riktig måte. Disse boligene tildeles via tiltaks-teamet og for øyeblikket er de 6 gjennomgangsboligene på Lagård i ferd med å bli tatt i bruk i overensstemmelse med formålet.
- G. Egnede boliger til personer som har gjennomført langvarig rusavvinningsopplegg. Beliggenheten her er spesielt viktig på grunn av den høye tilbakefallsprosenten. Kravet her er et boligtilbud i et rusfritt miljø og dette er nå blitt en betydelig utfordring.
- Som et generelt poeng merker en nå i stadig sterkere grad knappheten på personalressurser i forbindelse med oppfølgingen av mange ulike brukere i ulike og gjerne nye boligtiltak. Det bør og nevnes her at i den grad en må ut på det private leiet markedet (spesielt sosialtjenesten) er utleieprisene meget høye.
- NAV - sosialtjenesten:**
Sosialtjenestens behov oppstår hovedsakelig innen følgende områder:
- Akuttbehov** i forbindelse med:
 - Institusjonsutskrivninger. Blant annet etter fengselsopphold.
 - Oppløsning av ekteskap/samboerforhold
 NAV v/sosialtjenesten opplever at dette som et område der behovet for boliger har vært økende over tid. Situasjonen har i en periode vært ekstremt vanskelig når det gjelder å skaffe boliger. Men i løpet av 2009/10 har situasjonen forbedret seg noe.
 - Boligbehov for sosialt vanskeligstilte**, som f.eks. rusmisbrukere og kriminelt belastede personer som har dårlige muligheter på det åpne boligmarkedet. Eigersund kommune har fra høsten 2008 etablert 7 personer i nye boligtilbud innen rusomsorgen. I forbindelse med den statlige rusreformen har kommunene også fått et forsterket ansvar for å etablere tilbud for personer som har et legemiddellassisert rehabiliteringstilbud.
 - Boligtilbud for personer med dobbeltdiagnosen rus/psykiatri.** NAV opplever en positiv utvikling i samarbeidet med psykisk helsejeneste og rusomsorgen om oppfølging i bolig for disse personene. Kfr. for øvrig boligsosial handlingsplan.

4. **Boliger til flyktninger.**
I perioden fra 2004 og frem til september 2010 vil Eigersund kommune ha tatt i mot og bosatt inntil 150 flyktninger. I løpet av høsten 2010 forventes det at ytterligere 6 personer bosetter seg. I hovedsak har det blitt funnet boliger til disse på det private boligmarkedet. Men pr. september 2010 bor 32 flyktninger i kommunale boliger. En del av boenhetene som leies på det private markedet har relativt høy letekostnad. Dermed vil det fortsatt være betydelige utfordringer for kommunen når det gjelder å skaffe boliger til denne brukergruppen. Først og fremst gjelder det å finne boliger som holder rimelig standard og med et kostnadsnivå som den(de) enkelte selv kan bejlene når de kommer i jobb. I tillegg har Eigersund kommune nylig tatt i mot 5 mindreårige flyktninger. Disse har fått en boligløsning som innebærer god kontakt med vertsfamilier.
- Sentrale elementer i lovteksten:**
I forbindelse med den nye "Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen" har de mest relevante bestemmelsene blitt noe justert hva angår formuleringene. De har nå fått følgende ordlyd:
- § 15. Boliger til vanskeligstilte**
Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal *medvirke* til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet.
- § 27. Midlertidig botilbud**
"Kommunen er *forpliktet* til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv."
- Kommentarer og konklusjoner vedrørende den kommunale boligmassen**
Følgende boliger omtales spesielt:
- "Kommunehuset" på Helleland.
Denne bygningen har i de senere årene blitt benyttet til mange ulike formål. Leiligheten i 2. etasje er midlertidig utleid. Bygningen er imidlertid ikke lenger egnet til boligformål i og med at 1. etasje nå benyttes av ungdomsklubben "Chilli"
- Konklusjon:**
Kommunestyret har tidligere vedtatt at denne bygningen ikke skal selges. Den viser imidlertid nå tydelig tegn på siltasje. Bygget har store vedlikeholdsbehov og bør vurderes solgt. Denne bygningen vil bli nærmere kommentert i forbindelse med det forestående budsjettet.
- Nonsjellveien 26 og 28.**
Disse boligene er opprinnelig tjenesteboliger og inneholder to leiligheter pr. enhet. Gjennom en lengre tidsperiode har to av leilighetene stått til sosialtjenestens disposisjon. Nå benyttes boligene fullt ut til vanskeligstilte på boligmarkedet. Blant annet for flyktinger og som gjennomgangsbolig for familier.
- Konklusjon:**
Boligene har vist seg velegnet som gjennomgangsboliger for vanskeligstilte boligsøkere. *Boligene bør derfor videreføres som nå.*

Parkveien 9 og 11.

Kommunesyret har tidligere vedtatt at boligen ikke skal selges. Området er regulert til offentlig formål.

Konklusjon: Begge enhetene benyttes av sosialtjenesten. Enhetene er blitt oppussert for relativt kort tid siden. Den ene enheten har 3 soverom.

Bruvikveien 9 og 11

Disse boligene er opprinnelig tjenesteboliger og består av til sammen 4 enheter. De har i en lengre periode blitt brukt fleksibelt i forhold til nyansatte i kommunen og i forhold til vanskeligstilte på boligmarkedet.

Konklusjon: Bruvikveien 11 benyttes primært til flyktningformål noe som forventes videreført i tiden fremover.

LEILIGHETER SOM DISPONERES AV NAV v/sosialtjenesten**Urhammerveien 7**

Sone Sentrum/Hellvik har tidligere benyttet første etasje som personalbase. Leiligheten i hovedetasjen har vært utleid i flere år. Underetasjen har lenge stått ledig men er nå besatt. Underetasjen er dårlig isolert og det foretigger et opprustningsbehov på minst kr. 500.000.

Konklusjon: Denne boligen ble utlært for salg i 2003. Interessen var imidlertid liten og Formannskapet fattet vedtak om at leilighetene kan utleies til personer med særskilte boligbehov for en treårsperiode. Med utgangspunkt i behovene til nåværende leietakere vil arbeidsgruppen anbefale at dette videreføres. Ved flytting kan boligens fremtidige status vurderes på ny.

Øvrige boliger (11 leiligheter)

Konklusjon: Arbeidsgruppen imøteser ingen større endringer for disse leilighetene NAV v/sosialtjenesten disponerer i:

L-yngveien 40 (2 leiligheter)

Peder Clausens gate 10 (4 leiligheter)

Når det gjelder Nygaten 20/22, med til sammen 4 leiligheter, så er de tidligere beboerne nå etablert i nye boforbud. Bygget har blitt oppussert innvendig og rehabilitert utvendig. Beliggenheten tilsier at boligene ikke bør benyttes til personer med alvorlige rusproblemer. I tråd med tidligere vedtak har Eigersund kommune benyttet disse boligene til flyktningformål.

Eigerøyveien 33

Etter mange års leieforhold, ervervet Eigersund kommune 6 leilighetene i Gamle Eigerøyveien 33 i 2009. Disse enhetene disponeres av NAV v/sosialtjenesten og utleies til personer med behov for et mer spesielt boligbehov. I perioder er det spesielt utfordrende å følge opp enkelbeboere på en tilfredsstillende måte.

LEILIGHETER SOM DISPONERES AV PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN
(Tildeles av tiltaksstamnet)**Damsgårdsgaten 4A (8 leiligheter)**

Videreføres som nå. Det har imidlertid i den senere vært en viss utvikling i bruken av disse leilighetene i retning av at leietakerne er langt mer uensattel sammensatt enn tidligere. De fleste beboerne er 55 år og oppover og har til dels meget ulike behov. Det bør derfor til enhver tid vurderes nærmere hvem som blir rekruttert til disse leilighetene.

Fjellheim, Damsgårdsgaten 4B (18 leiligheter)

Konklusjon: Videreføres som nå.

Folhammeren 4-32, Helleland (14 leiligheter)

Disse boligene har en tid vært under nærmere vurdering m.h.t. salg i og med at det en periode var mange ledige enheter. Behovet har imidlertid vist seg å variere kraftig. Pr. august 2010 er det kun en ledig leilighet. NAV v/sosialtjenesten har de siste årene benyttet enhetene til noen av sine brukere. Men etter nærmere dialog med berørte på Helleland tildeler ikke NAV disse enhetene til de mest krevende brukerne.

Opprinnelig ble disse enhetene benyttet til eldre personer fra Hellelandsområdet. Nå bor det bare to av disse igjen på Folhammeren.

Konklusjon: Videreføres som nå.

Kjerjaneset bo- og servicesenter (21 serviceleiligheter og 20 bofellesskapsleiligheter)

Konklusjon: Videreføres som nå men det er en del utfordringer knyttet til personer med demens i noen av bofellesskapsleilighetene..

Lundtåne bo- og servicesenter (18 serviceleiligheter og 21 bofellesskapsleiligheter)

Konklusjon: Videreføres som nå.

Lagård bo- og servicesenter (34 bofellesskapsleiligheter og 62 sykehjemsplasser)

Konklusjon: Videreføres som nå.

Langevannsvæien 17 – 27

Her ligger det 6 kommunale leiligheter som ble tatt i bruk våren 1999 til personer med psykiske problemer. Disse boenhetene er beregnet til overgangsleiligheter og tildelles av tiltaksstamnet. Her har det vært en overgangsfase mens tildelingspraksis av leilighetene er blitt endret. De skal fra høsten 2010 benyttes av unge personer som også vil få miljøterapienytjenester på fast basis. 4 av leilighetene er nå tildelt.

Konklusjon: Se kommentar overfor.

Årstadstunet (Til sammen 21 leiligheter)

Alle leilighetene er organisert i et borettslag – Årstadstunet borettslag - som igjen er organisert under Sandnes Boligbyggelag. Eigersund kommune eier nå 11 andeler som leies ut. En ekstra leilighet ble ervervet i 2007. De øvrige 10 leilighetene eies av de som bebod dem. Eigersund kommune har uttalerett i forhold til godkjenning av nye eiere. Alle enhetene er nå besatt.

Konklusjon: Videreføres som nå.

Lyngveien 56 (4 leiligheter)

Her er det fire leiligheter opprinnelig beregnet for eldre. Leilighetenes utforming tilsier at de som skal bo her bør ha et godt fysisk funksjonsnivå.

Konklusjon: Andre leietakere enn eldre har fått sitt botilbud her de siste årene. Dette videreføres

Trollkjerkeveien 6 og 8 - Holvik

For disse leilighetene har det vært stabile leieforhold i en årrekke.

Konklusjon: Disse boligene vil bli *revidert solgt* når de nåværende beboere ikke lenger har behov for dem eller aksepterer et alternativt botilbud.

Blåsenborgveien 2, 4, 24, 26 og 28 (10 leiligheter)

Benyttes i all hovedsak til boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming.

Konklusjon: Videreføres som nå.

Beverveien 3 og 5 (4 leiligheter)

Benyttes i all hovedsak til boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming.

Konklusjon: Ingen endringer forventes.

Ekornveien 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 og 16 (8 leiligheter)

Benyttes hovedsakelig som boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming. Flere av de opprinnelige beboerne har etter hvert falt fra. Disse har gjennomgående blitt erstattet av hjemmeboende psykisk utviklingshemmede som har fått et boligbehov.

Konklusjon: Ingen større endringer forventes, men andre brukere enn psykisk utviklingshemmede kan bli aktuelle i noe større grad enn tidligere.

Damsgårdsgaten 9 (4 leiligheter)

Benyttes hovedsakelig til boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming.

Konklusjon: Videreføres som nå.

Svanevassveien 68/Marka (6 leiligheter)

Har blitt benyttet til boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming siden 1958.

Konklusjon: I august 2009 ble denne boligen avvirket som bolig for personer med utviklingshemming. Rådmannen oppnevnte en egen arbeidsgruppe som har vurdert fremtidig bruk av denne særpregede bygningen og ferdigstilt sin rapport tidlig i 2010. Røde Kors har over tid signalisert interesse for bygningen som et ledd i videre planer for anlegget i Svanevatn.

Kjeld Bugges gate 17 (4 leiligheter)

Benyttes hovedsakelig til boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming. Dette er et botilgiltbud der det legges opp til at unge/relativt unge personer med bakgrunn som hjemmeboende blir prioritert.

Konklusjon: Videreføres som nå.

Kreklingeveien 6 (3 leiligheter)

En del bygningsmessige endringer er gjennomført og i bygningen har de siden midt på nittitallet blitt gitt et tilbud til tre psykisk utviklingshemmede med svært omfattende hjelpebehov.

Konklusjon: I det denne rapporten ferdigstilles utvikles dette botilgiltbudet for de tre omtalte beboere. Det arbeides for tiden med ulike alternativer for andre brukere. Utgangspunktet er dog at det ikke er egne personalressurser å sette inn. Enhetene er spesielt godt egnet for funksjonshemmede.

Nygaten 9 (5 leiligheter)

Bygningen har tradisjonelt blitt benyttet til boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming. I en periode har også eldre fått et botilgiltbud i en av leilighetene. For første gang på lenge er alle boligene nå besatt.

Konklusjon: Videreføres som nå.

Møsterveien 15 (6 leiligheter)

Benyttes i all hovedsak til boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming. Dette er et botilgiltbud der det legges opp til unge/relativt unge personer med bakgrunn som hjemmeboende blir prioritert.

Konklusjon: Videreføres som nå.

Ryggleveien 1 (4 leiligheter)

Benyttes til boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming.

Konklusjon: Videreføres som nå.

Ryggleveien 10 (3 leiligheter)

Har inntil helt nylig vært et botilgiltbud for mennesker med psykisk utviklingshemming. De tidligere beboerne har nå flyttet ut og personer med en mer variert bakgrunn funksjonsmessig har flyttet inn.

Konklusjon: Denne boligen har blitt åpnet for bredere rekruttering enn det som har vært tilfellet frem til ganske nylig. Arbeidsgruppen forventer at denne utviklingen vil fortsette de nærmeste årene.

Skrivarsfjellet 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34 og 36 (8 leiligheter)

I de tidligere fylkeskommunale leilighetene på Skrivarsfjellet har det gjennom niårene bodd relativt selvstendig fungerende psykisk utviklingshemmede. Disse er nå i ferd med å nå høy alder. Dette har en også forsøkt å ta hensyn til når det gjelder å vurdere hvilke type feliskere som kan være aktuelle i miljøet.

I de siste årene har også andre enn psykisk utviklingshemmede fått boligtilbud på Skrivarsfjellet. En av leilighetene ble tidligere brukt i en kombinasjon av personalbase og fellesareal for brukerne med psykisk utviklingshemming. Den er nå omgjort til en vanlig leilighet. Boligene består av fire enheter med to leiligheter i hver. Leilighetene ble rehabilitert på nytt etter overtakelsen fra Rogaland fylkeskommune.

Konklusjon: Behovet for disse boligene har over tid vært såpass stort at arbeidsgruppen har konkludert med at de bør beholdes i årene fremover.

Skrivarsfjellet 10, 12, 14, 16, 18 og 20 (6 leiligheter)

Eigersund kommune kjøpte i 2008 6 leiligheter (tidligere personalboliger) av Rogaland fylkeskommune. Disse var ferdig oppusset i januar 2010. Leilighetene er tildelt både av tiltaksteamet og av NAV v/sosialtjenesten. Men i utgangspunkt er dette beboere med lite personalbehov. En ledig boligenhet pr. sommer 2010. Vi er dermed i en periode med innhøsting av erfaringer hva gjelder egnethet i disse leilighetene. Det tas hensyn til bomiljøet i nabolaget.

Danngårdsgaten 11/13

Nr. 11 er base for psykisk helsehjelp og inneholder møterom, kontorer og lokaler som fungerer som et aktivitetssenter primært for brukere som bor hjemme. Nr. 13 består av 8 leiligheter som alle er utleid.

Konklusjon: Videreføres som nå.

OM BOLIGER OG ØVRIGE BYGNINGER PÅ DET TIDLIGERE INSTITUSJONSOMRÅDET PÅ BAKKEBØ.

Generelt om boligtilbudet på Stettebo

For tiden bor det nå 37 psykisk utviklingshemmede på det tidligere institusjonsområdet. Av disse har 29 bakgrunn som tidligere institusjonsbeboere mens 8 personer er opprinnelig hjemmeboende som har etablert seg på området de senere årene. Tallet er redusert fra 43 for 4-5 år siden. Som en illustrasjon på denne tendensen nevner arbeidsgruppen at det så sent som i 2001 bodde 54 beboere med utviklingshemming på det tidligere institusjonsområdet. I de senere årene har også andre enn personer med utviklingshemming etablert seg i dette området. Av de ovenfornevnte 37 bor alle i boliger tilhørende Bakkebo borettslag som er organisert under Sandnes boligbyggelag. De nærmeste årene vil de fleste boligene på Stettebo forisatt bli et tilbud til denne brukergruppen. Arbeidsgruppen kommenterer derfor i denne delen av rapporten bare noen få enkeltboliger og øvrige bygninger.

Hybelbygget/Sølvhagen 19.

Hovedetasjen består av 5 hybler og kontorer. Noen av de tidligere hyblene har frem til i sommer blitt benyttet som sonelederkontorer, kontor til miljøterapeutene og kontor for barnehagestyrer. I kjelleretasjen har Duehuset korttidsbarnehage holdt til.

Konklusjon: Bygningen i Sølvhagen 19 er ikke lenger i bruk. Den synes ikke lenger egnet til kommunale formål. Arbeidsgruppen anbefaler derfor at Sølvhagen 19 nå vurderes spesielt.

Maragropa 12 (nr. 4, 6, 8 og 10)

Maragropa 12 har tidligere vært benyttet som boligtilbud for psykisk utviklingshemmede med store omsorgsbehov. Etter 2003 var bygningen en periode vært utleid til menigheten Det alminnelige samfunn til skoleformål.

Maragropa 12 er fra høsten 2008 etablert som base for den kommunale rusomsorgen. Bygget inneholder også 4 boligenheter for denne brukergruppen.

Konklusjon: Videreføres som nå.

Sølvhagen (Maragropa 16, 18, 20 og 22)

Denne bygningen har de siste årene blant annet blitt disponert til skoleformål. Fra høsten 2008 inngår boligen som en del av rusomsorgsprosjektet med sine 4 leiligheter.

Konklusjon: Videreføres som nå.

Aust-Agder (6 enheter)

Aust-Agder har i mange år blitt benyttet som boligtilbud for psykisk utviklingshemmede med særlig omfattende omsorgsbehov. De siste beboerne ble overført til nytt tilbud på Lagård i 2006.

Konklusjon: Bygningen inneholder nå boenheter innen det interkommunale psykiatrisprosjektet i Dalane. Aust-Agder inneholder 6 enheter for personer med til dels store oppfølgingsbehov. I øyeblikket er 4 enheter besatt.

Kiss og Leiv Tveits vei/Trollstua

Denne boligen har i mange år blitt benyttet til boligtilbud for psykisk utviklingshemmede. Etter 2002 er boligen blitt benyttet til personer med ulik bakgrunn.

Konklusjon: Boligen bør fortsatt leies ut til vanskeligstilte på boligmarkedet. Primært via sosialtjenesten. Andre løsninger vil kunne bli aktuelle på et senere tidspunkt.

revidert september 2010

Midtstua

I denne boligen ble frem til høsten 2003 benyttet som bolig for personer med psykisk utviklingshemming.

Konklusjon: Boligen benyttes nå i forbindelse med et spesielt tilrettelagt boligprosjekt. Arbeidsgruppen legger til grunn at dette vil fortsette de nærmeste årene.

14/21710
Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF
Direktørens kontor

Eigersund kommune	
GRADERING:	
NOTTATT	27 AUG 2010
ARKIVSAKID	10 / 674

Til: Samarbeidspartnere i følge vedlagte liste

Dato: 20.08.2010
Arkivref: 2010/200 - 32012/2010

Strategiplan for Helse Stavanger HF 2010 – 2020

Strategiplanen for Stavanger Universitetssykehus er nå vedtatt i sykehusets styre. Planen ble vedtatt i tråd med fremlegget fra strategiprojektet. Det vil si at det ikke er endringer i forhold til de føringer som er utviklet i prosjektet, i nært samarbeid med eksterne samarbeidspartnere og sykehusorganisasjonen. Planen er også avstemt mot Helse 2020 som er Helse Vest sin overordnede strategiplan for helseregionen.

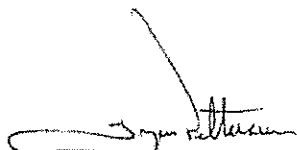
Med dette oversender vi den vedtatte strategiplanen. Planen har et tidsperspektiv frem til 2020.

Strategiplanen vil nå bli implementert i hele organisasjonen og den blir en aktiv del av det videre utviklingsarbeidet i sykehuset. Planen krever bevisstgjøring og den må tydeliggjøres på alle nivåer.

Jeg vil benytte anledningen til å takke alle som har deltatt i strategiarbeidet. Det har vært en spennende prosess som har vært med på å bygge nye relasjoner på tvers av divisjoner, enheter og nivåer. Prosessen har gitt oss mulighet til å tenke handlingsplaner i et helhetsperspektiv.

Jeg håper strategiplanen blir brukt aktivt i arbeidet med å videreutvikle Stavanger Universitetssjukehus og jeg ser det som formålstjenelig at dette skjer i nær dialog med våre eksterne samarbeidspartnere, med sikte på å utvikle et godt og fremtidsrettet helsetilbud i vår region.

Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF



Ingar Pettersen
adm. direktør

Distribusjonsliste:
Apotekene Vest
Fylkeslegen
Helse Bergen
Helse Fonna
Helse Førde
Helse- og sosialsjefer i kommunene
Helse Vest
Helse Vest IKT
Legevakten i Egersund
Legevakten i Sandnes
Legevakten i Sola
Legevakten i Stavanger
Legevakten i Strand
Legevakten i Time og Klepp
Praksiskonsulentene ved SUS
Rogaland Fylkeskommune
Rådmenn i kommunene



FYLKESMANNEN I ROGALAND
Helse- og sosialavdelinga

Vår ref.: 2009/1488
Arkivnr.:

Deres ref.:
Vår dato: 13.08.2010

Eigersund kommune
Postboks 580
4379 Eigersund

Eigersund kommune	
GRANSKING	KIA RHO KMO
MOBTATT:	16 AUG 2010
ARKIVSAKID:	09/456-ABS

Avslutning av tilsyn med barnevern, helse- og sosiale tjenester i Eigersund kommune


Det vises til Fylkesmannens tilsynsrapport av 10.06.2009, brev av 17.11.2009 og 04.02.2010 og Eigersund kommunes svarbrev datert 05.10.2009, 15.12.2009 og 02.08.2010.


Som det framgår av rapporten ble det avdekket 2 avvik under tilsynet. Kommunen har utarbeidet en plan for lukking av avvikene i etterkant av tilsynet. Etter ønske fra tilsynsmyndigheten har kommunen foretatt en evaluering av de tiltakene som ble iverksatt. I brev av 02.08.2010 redegjør kommunen for hvilken effekt tiltakene har hatt i kommunen. Evalueringen er gjennomgått i samlet ledergruppe for hjelpetjenestene i kommunen.

Tilsynsmyndighetene har vurdert de tiltakene som er satt i verk som tilstrekkelige. Tilsynet avsluttes med dette.

Vi takker for godt samarbeid under tilsynet.

Med hilsen


Lone M. Solheim
ass.direktør


Trine Hove Bjørnsen
revisjonsleder

Saksbehandler: Trine Hove Bjørnsen
Saksbehandlers telefon: 51 56 88 54
E-post: trine.hove.bjornsen@fmro.no

Postadresse:	Besøksadresse:	Telefon:	e-post:	Landbruksavd.	Telefon:
Postboks 59	Lagårdsv. 78	51568700	postmottak@fmro.no	Lagårdsv. 80	51568700
4001 Stavanger	Stavanger	Telefaks:	Hjemmeside:	Postboks 59	Telefaks:
		51568811	www.fylkesmannen.no/rogaland	4001 Stavanger	51568811

10/21469



Får ref.: 2010/0562 Døkkar ref.
Arkivnr.: 009 Får dato: 20.08.2010

Eigersund kommune
ETVALDURVA
MOTTA: 27 AUG 2010
ARKIVSÅND 08/3057-KUO

Kommunane i Rogaland

Nasjonal politikk i Rogaland - Oppgåvebrevet 2010 - 2011

Fylkesmannen sender med dette ut "Oppgåvebrevet 2010-2011". Dette er 12. versjon av oppgåvebrevet.

Oppgåvebrevet er meint å gjø kommunane korifatia og enkel oversikt over viktige nasjonale vedtek og styringssignal, som foreset kommunal gjennomføring og oppfølging. Ei svært viktig oppgåve for Fylkesmannen er å formidle og informere om slike styringssignal. Oppgåvebrevet er eit viktig element i informasjonsarbeidet, og såleis også eit ledd i den dialogen Fylkesmannen skal ha med kommunane.

Av viktige endringar sidan sist kan vi særskilt nemne at i framlegget til revidert nasjonalbudsjett (RNB) 2010 og kommuneproposisjonen for 2011, går det fram at det vil bli endringar i inntekssystemet. Det inneber bl.a. at frå 2011 vil dei gyremerka tilskotta til barnehagar bli innlemma i rammetilskottet, og det vil ny kostnadsnekkei.

Vi ber om at oppgåvebrevet blir brukt som informasjonskjelde på fleire nivå i kommunen. Vi legg ved eit lite tal oppgåvebrev, men viser til at brevet også kan lesast på Fylkesmannen sin nettsid www.fylkesmannen.no/rogaland. I den elektroniske utgåve er det lagt inn relevante linkar til dokument og nettsider som det blir vist til i sjølve oppgåvebrevet.

Fylkesmannen takkar for godt samarbeid med kommunane og ser fram til at dette samarbeidet held fram, mellom når det gjeld gjennomføring av innhaldet i Oppgåvebrevet 2010-2011.

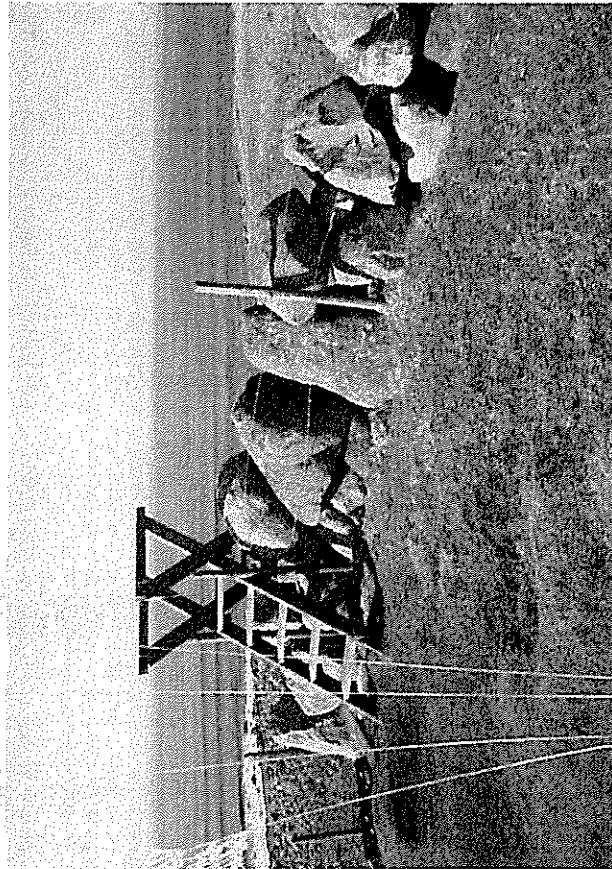
Med helsing

 Harald Dyre
 fylkesmann

Postadresse:	Besøksadresse:	Telefon:	e-post:	Landbruksnivd.	Telefon:
Postboks 59	Lagårsv. 78	51565700	postmottak@fmr.no	Lagårsv. 80	51565700
4001 Stavanger	Stavanger	Telefaks:	Heimside:	Postboks 59	Telefaks:
		51565811	www.fylkesmannen.no/rogaland	4001	51565811

Nasjonal politikk i Rogaland

Oppgåvebrevet 2010-2011



INNHOLD

FØREORD	3
INNLEIING	5
KVEN OPPGÅVEBREVET ER RETTA TIL	5
KORLEIS BRUKE OPPGÅVEBREVET	5
DEI ENKELTE OMRÅDA	6
1 KOMMUNEØKONOMI	6
2 SAMFUNNSTRYGGLIKK OG BEREDSKAP	10
3 AREALPLANLEGGING OG -NATURFORVALTNING	12
4 LANDBRUK	20
5 VASSFORURENING OG AVFALL	24
6 TILTAK FOR BARN OG UNGE	26
7 BARNEHAGE, GRUNNSKOLE OG VAKSINOPPLÆRING	29
8 HELSE- SOSIAL- OG OMSORGSSTENESTER	34
9 INTPRODUKSJONSLOVA	46
10 LIKESTILLING	47
11 IKT	47
12 KOSTRARAOPPORTERING	48



Fylkesmannen i Rogaland

Føreord



Dette er den 12. versjonen av oppgåvebrevet frå Fylkesmannen til kommunane.

Oppgåvebrevet gir kommunane kortfatta og enkel oversikt over viktige nasjonale vedtak og styringssignal, som føreset kommunal gjennomføring og oppfølging. Fylkesmannen ser det som ei av sine viktigaste oppgåver å formidle slike styringssignal og oppgåvebrevet er eit ledd i den dialogen vi skal ha med kommunane i fylket.

I framlegget til revidert nasjonalbudsjett (RNB) 2010 og kommuneopposisjonen for 2011, går det fram at det blir endringar i inntekssystemet. Frå 2011 vil bl.a. dei øymerke tilskotta til barnehagar bli innlemma i rammetilskottet, og det vil bli ny kostnadsnøkkel.

Nytt for året er lov om kommunal beredskapsplikt. Ikkje berre har kommunane plikt til å utarbeide overordna risiko- og sårbarheitsanalyser, dei skal og utarbeide helsekapslege og beredskapsplanar. Nytt er og at fylkesmannen har heimel til å føre tilsyn med beredskapsarbeidet.

Vi minner i år som i fjor om ny Plan og bygningslov og ny Naturmangfaldslov der ny praksis enno er i ein tidleg og utfordrande fase for oss alle. Det er viktig i dei komande åra at me utnyttar moglegheitene desse to lovene gjev til å få ei endå meir berekraftig arealforvaltning i Rogaland. Oppfølging av regionalplanar (tidlegare kalla fylkesdeplanar) er avgjerande viktig for å lukkast med dette. Vi vil særleg nemne Regionalplan for energi og klima i Rogaland. Gjennom ny plan- og bygningslov er det regionale samarbeidet styrka nasjonalt sett. Rogaland har vore, og er leiande fylke innan regional planlegging. A følgje opp gjeldande regionale planar og delta aktivt i utforming av regional planstrategi, er ei felles utfordring for alle stattege, fylkeskommunale og kommunale organ.

Kommunane har ei rekkje oppgåver og tiltak retta mot barn og unge, kor det er store utfordringar. Alle i fylket skal sikrast tilgang på offentlig styrte helse- og sosial- og omsorgstenester. Kommunane arbeider på mange områder, kor det frå sentralt hold er og blir sett i verk ein rekkje tiltak. Samhandlingsreforma peiker på fleire hovudutfordringar mellom aktørane i helse- og omsorgstenestene. Regjeringa arbeider vidare med fleire tiltak for å betre samhandinga, som mellom anna vil kunne bely ei ny kommunal helse- og omsorgslov, eit forpliktande avtaleverk mellom kommunar og helseforetak mv.

Innanfor området barnehage, grunnskole og vaksenopplering står ein framføre endringar i tida som kjem. Nokre eksemplar på dette er at: Formålsparagrafen for barnehagar i verksettes frå 1. august 2010, revideringa av fag- og timetfordelinga i grunnskolen, opplæringsstilbodet til minoritetspråktlege barne, unge og vaksne er under vurdering.

Vi står nå i sluttfasen av eit omfattande arbeid med Regionalplan for landbruk i Rogaland, som vil bli eit viktig strategisk dokument både for næringa og lokal forvaltning i matfylket Rogaland. Vi vil utfordre kommunane til å kome med innspel til planutkastet som kjem på høyring no i haust.

Fylkesmannen har utvikla ein visjon og eit sett av verdjar som vi vil skal virke styrande på aktivitetane våre. Vår visjon er: Vi tar vare på Rogaland. Vårt verdigrunnlegg er: Kompetent og Truverdig. Helsekapsleg og Lojal. Open og Tydelig.

Kommunane er flittige brukarar av nettstaden vår, og vi legg vekt på at den skal vere nyttig for lokal forvaltning. Vi viser mellom anna til at vi har oppretta eiga side for fortøpande informasjon om ny plan- og bygningslov.

Oppgåvebrevet kan også lesast på fylkesmannen sin nettstad: www.fylkesmannen.norogaland. Vi vil gjerne ha tilbakemeldingar frå kommunane på kva som er nyttig med dette dokumentet og forslag til forbetringar.

Fylkesmannen vil nytte høvet til takke for alt det gode arbeidet som blir gjort lokalt, til beste for Rogaland. Vi ser fram til eit godt samarbeid med kommunane om gjennomføring og oppfølging av det som våre folkevalde i Storting og Regjering vedtek.

Rogaland, august 2010

Harald Thune
fylkesmann

Innleiing

Kven oppgåvebrevet er retta til

Fylkesmannen i Rogaland har som ei viktig oppgåve å medverke til at vedtak i Storting og regjering blir gjennomførte i våre kommunar og vår fylkeskommune.

Statleg politikk retta mot kommunane er samansett og omfattande. Det er derfor krevjande å ha oversikt. Fylkesmannen har derfor teke initiativ til å samle og formidle vidare det som vi meiner er dei viktigaste av departementa sine pålegg og føringer.

Vi ønskjer derfor at oppgåvebrevet blir formidla til sentraladministrasjonen, administrativ leiing og politikarane i kommunen.

Oppgåvebrevet ligg og på nettstaden vår: www.fylkesmannen.no/rogaland.

Korleis bruke oppgåvebrevet

Vi vil følgje brevet opp med kvar enkelt kommune gjennom dei kontaktforum som alt er etablerte innanfor dei enkelte saksfelta. Mellom anna vil oppgåvebrevet gi grunnlag for drøfingar og dialog i kommunebesøk, kurs- og seminartilbod og tilsyn.

Ved spørsmål om oppgåvebrevet kan du:

- Sende e-post til postmottak@fmro.no
- Sende brev til Fylkesmannen
- Ringje Statens Hus på telefon 51 56 87 00 og få snakke med dei som arbeider på det område du er interessert i
- Få meir informasjon på heimesida til Fylkesmannen i Rogaland: www.fylkesmannen.no/rogaland

Dei enkelte områda

1 Kommuneøkonomi

1-1 Rammevilkår

Framlegg til revidert nasjonalbudsjett (RNB) 2010 og kommuneopposisjonen for 2011 blei lagt fram 11. mai. Viktigaste saka i år er endringar i inntektssystemet frå 2011 som følgje av innlemming av barnehagetilskota og nye kostnadsnøkklar. Her er eit samandrag av hovudpunkta i framlegget.

Det er fatta vedtak i Stortinget 16. og 18. juni i tråd med innstillinga, if rundskriv H-02/10 frå KRD.

Forslag til statsbudsjett for 2011 blir etter planen lagt fram tysdag 5. oktober.

Endringar i det økonomiske opplegget for 2010

Det varsla inntektsnivået for 2010 er i all hovudsak uendra i revidert nasjonalbudsjett. Lønsvveksten i 2010 er nå rekna til 3¼ prosent, mot 3½ prosent i Nasjonalbudsjettet 2010. (gjennomsnitt for alle sektorar).

Lågare lønsvestk fører til lågare kostnadsvekst for kommunane. På den andre sida aukar energiprisane. Overslaget på samla kostnadsvekst (deflator) er dermed uendra på 3,1 prosent. Lågare lønsvestk medverkar også til lågare kommunale skatteinntekter. Men skatteinngangen er framleis god og samla sett held ein på skatteoverslaget frå statsbudsjettet i fjor haust.

Det blir innført rett til skvys for funksjonshemma til og frå SFO hausten 2010. Dette blir kompensert over rammetilskotet (7,3 mill. i 2010 - halvårseffekt).

Overslag på øyremerkta overføringer er redusert med om lag 350 mill. kr. Dette har samanheng med lågare etterspørsel etter tilskot til barnehagar, sjukeheimsplassar / omsorgsbustader og rentekompensasjonsordningane. Under rentekompensasjonsordningane er renteføreseinadene nedjustert. Mølsykket til dette er lågare renteutgifter for sektoren.

Inntektsveksten for kommunesektoren 2010 (realvekst)

Inntektsveksten for kommunesektoren i RNB 2010 vurdert opp mot inntektsveksten som blei lagt til grunn i nasjonalbudsjettet for 2010, er om lag uendra. Inntektsveksten i samla og frie inntekter går fram av tabellen under.

	Samla inntekter		Frie inntekter	
	Mrd. kr	Pst.	Mrd. kr	Pst.
Nasjonalbudsjettet 2010	6	1,9	3	1,3
RNB 2010	7	2,2	3,5	1,6

Vekst i frie inntekter 2010

Samanlikna med statsbudsjettet i fjor haust er berekna nivå på frie inntekter i 2010 uendra. Det gjeld både rammetilskot og skatteinntekter.

Men sidan dei faktiske skatteinntektene i 2009 blei lågare enn ein sâg for seg i budsjettet i fjor haust, sâ blir veksten frâ 2009 til 2010 høgare enn overslaget i fjor haust.

Nominell er veksten i frie inntekter frâ RNB 2009 til RNB 2010 pâ 4,5 prosent. Nominell vekst pâ 4,5 prosent tilsvarer ein realvekst pâ 1,3 prosent (deflator 3,1 prosent)

Det økonomiske opplegget for 2011 – inntektsvekst for kommunesektorene:

I Kommuneproposisjonen for 2011 er det varsle ein realvekst i kommunesektorens samla inntekter pâ mellom 4 og 5 milliardar kroner (knappt 1½ prosent).

Av veksten i samla inntekter vil mellom 2½ og 3 mrd kroner vera frie inntekter (om lag 1¼ prosent).

Det samla økonomiske opplegget for kommunesektoren i 2011 vil gi rom for at ein held fram med utbygging av det kommunale tenestetilbodet. I statsbudsjett 2011 vil regjeringa koma tilbake med ei nærare konkretisering av inntektsrammene for 2011.

Eit er ein periode med aktiv finanspolitikk for å motvirke finanskrisa er det nødvendig å dempe utgiftsveksten pâ statsbudsjettet. Det er nødvendig av omsyn til renta, kronekurs og konkurranseutsette bedrifter. Ein langsiktig, berekraftig budsjettpolitikk er nødvendig av omsyn til komande generasjonar. Likevel finn regjeringa rom for å prioritera kommunesektoren i 2011- budsjettet.

Realvekst i frie inntekter mellom 2½ og 3 milliardar kroner

Regjeringa legg opp til ein vekst i frie inntekter pâ mellom 2½ og 3 milliardar kroner. Innanfor vekstintervallet kan deler av veksten bli grunna i særskilte formål. Meir om dette kjem i statsbudsjettet.

Veksten blir fordelt med 200 millionar kroner til fylkeskommunane, mens resten går til kommunane. 400 mill kroner av veksten til kommunane går til kommunar som taper pâ omlegginga av inntektssystemet.

Veksten i frie inntekter må sjâast i samanheng med konsekvensar av den demografiske utviklinga for kommunesektoren. TBU har ansjått kommunesektorens meirutgifter i 2011 som følgje av den demografiske utviklinga til om lag 2,4 milliardar kroner. Kommunanes meirutgifter er rekna til knapt 2½ mrd kroner, mot om lag 170 mill kr for fylkeskommunane.

Hovuddelen av meirutgiftene knytt til den demografiske utviklinga må dekkjast av veksten i frie inntekter. Men noko av meirutgiftene blir dekkja av øyremerka tilskot og auka gebyrinntekter.

Større grad av rammefinansiering

Kommunesektorens samla inntekter utgjer ca 332 milliardar kroner i 2010.

Skatteinntekter og rammetilskot er frie inntekter, og kan disponerast fritt innanfor ramma av lovverket. Frie inntekter utgjer om lag 68 prosent av samla inntekter i 2010.

Når barnehagetilskota blir lagt inn i rammetilskotet i 2011, vil den delen frie inntekter utgjer auka til om lag 76 prosent. Øyremerka tilskot blir redusert frâ 12 prosent til 4 prosent. Skatteinntekter, rammetilskot og moms kompensasjon (som det heller ikkje er bindingar pâ bruken av) vil utgjera 80 prosent av samla inntekter.

Dette betyr at kommunesektoren i all hovudsak er rammefinansiert. Dette legg til rette for at kommunane i større grad kan prioritere ressursbruken mellom ulike formål i tråd med lokale behov.

Innlemming av øyremerka tilskot

Regjeringa føreslâr at følgjande tilskot blir innlemma i 2011:

- Tilskot til barnehagar - utgjer 26,3 milliardar kr i 2010. Her inngår ordnært driftstilskot, skjønsmidlar, tilskot til barn med nedsett funksjonsevne.
- Tilskot til kvalifiseringsprogrammet (Arbeidsdep.) – utgjer 769 mill kr i 2010. Løyvinga i 2011 gis ei særskilt fordeling og blir dermed halden utanfor fordelinga etter ordinære fordelingsnøkklar i inntektssystemet. (Dette skuldast at ordninga vil bli fullt ut innfasa i kommunane i løpet av 2010)
- Tilskot til krisesenter. Her blir innlemma om lag 231 mill kroner. Dette er løyvinga for 2010 frâtrekt den midlertidige styrkinga i 2010 pâ 19 mill kroner.

I statsbudsjettet for 2011 vil regjeringa koma tilbake til innlemmingsbeløp for barnehagar og kvalifiseringsprogrammet, og eventuell innlemming av midlar til rusmiddeltiltak (Helse- og omsorgsdepartementet).

Ressurskrevjande tenester

I 2009 var det ein auke pâ 794 tenestemottakarar eller 17,6 prosent i høve til 2008. I tillegg auka utgiftene utover innslagspunktet per tenestemottakar nominelt med 14,6 prosent. Pâ bakgrunn av den sterke veksten i utgiftene har KRD fått utarbeidd ein rapport om årsakene som kan ligga bak utgiftsveksten.

I rapporten blir det konkludert med at årsakene er at (1) den faktiske kostnadsveksten blei høgare enn prisjusteringa av innslagspunktet, (2) auka tal mottakarar med behov for ressurskrevjande tenester og meir tenester til den enkelte som følgje av ei dreiling i type omsorgstenester som kommunane yter, (3) tidlige underrapportering blir fanga opp etter kvart som ordninga blir betre kjent og (4) det er feilrapportering av refusjonskrav frâ kommunar.

Utgangspunktet for justeringa av innslagspunktet har tidlige år vore den samla løns- og prisveksten. Sidan det berre er lønnsutgifter som kan refunderast, føreslâr ein å ta utgangspunkt i lønsveksten som faktor for å justera innslagspunktet.

Regjeringa skal vurdere ordninga fram mot statsbudsjett til hausten. Formålet er å sjâ om det er råd å gjera den meir måtretta. Eventuelle endringar vil bli varsle i statsbudsjettet for 2011.

Endringar i inntektssystemet frâ 2011

Det blir føreslått omfattande endringar i inntektssystemet for kommunane frâ 2011. Barnehagetilskota blir som nemnt ovanfor innlemma i rammeoverføringa og samstundes blir sektordelane og kostnadsnøkklane justert. Vidare gjer ein endringar i dei politiske elementa i inntektssystemet, redusert sats for småkommunetilskotet, og Nord-Noregs tilskotet og det blir innført eit nytt storbytilskot. Skattedelen av samla inntekter skal reduserast frâ 40 til 45 %.

Endringa er basert pâ oppdaterte analyser, med nye og betre data. Dagens kostnadsnøkkel er basert pâ 15 år gamle data. Nye analyser gir betre innsikt i kva faktorar som påverkar variasjonar i utgifter. Det blir derfor innført ein del nye kriteria. Prinsippet er som før at kriteria i kostnadsnøkklane skal vera objektive, dvs. at kommunen ikkje skal kunne påverka disse kriteria med sine prioriteringar.

Hovudpunkta i endringane i inntektssystemet frâ 2011 er.

- Ny kostnadsnøkkel for kommunane, inkludert delkostnadsnøkkel for barnehage.
- Skatteinntektene sin del av dei samla inntektene til kommunane blir redusert til 40 prosent.
- Inntektsufjamninga blir trappa opp frâ 59 prosent i 2010 til 60 prosent i 2011.
- Satsane for småkommunetilskotet blir redusert med 1 million kroner.

- Satsane for Nord-Noreg- og Namdalsfylkeskommunene blir redusert med 10 prosent.
- Nytt storbyliskot til dei fire største byane, Oslo, Bergen, Trondheim og Slavanger.
- 400 millionar kroner av veksten i frie inntekter blir sett av til skjønnstilskolet, og skal fordelast til dei kommunane som taper mest på omlegginga av inntektsystemet. Det er Kommunal- og regionaldepartementet som skal fordela desse midlane.

1-2 Forventningar til kommunane

Kommunelova med forskrifter stiller krav til økonomiforvaltninga i kommunane. Eit av hovudelementa i regelverket er at kommunane skal budsjettere slik at det minst er eit driftsresultat som er tilstrekkeleg til å dekkja renter, avdrag og nødvendige avsetningar. Eit anna hovudelement er at underskot som ikkje kan dekkjast inn i det året som rekneskapen blir lagt fram, skal dekkjast året etter, i særskilte høve med forlenga frist, jf også OL.prv. nr 53 (2007-2008) og Jnnst.O. nr 58 av 22. mai 2008.

Dersom kommunen ikkje når desse sentrale, økonomiske måla, blir den ført opp i eit "Register for betingnet godkjenning og kontroll" (ROBEK). Oppføringa gir informasjon til ålmenta om kommunen si økonomiske stode. Og så lenge kommunen er ført opp i ROBEK, må kommunen ha godkjenning av staten til å ta opp lån eller inngå langsiktige avtalar som kan gi kommunen utgifter ut over dei fire neste budsjettåra.

Kommunen skal registrerast i ROBEK dersom det er vedtatt eit årsbudsjett eller ein økonomiplan med underbalanse. Kommunen blir også registrert om det er vedtatt eit rekneskap med underskot som skal fordelast utover det påfølgjande budsjettåret eller vedtatt plan for inndekning av underskot tildelegare år ikkje har blitt føgt.

Ved gjennomgang av innsendt årsbudsjett, økonomiplan og årsrekneskap, vurderer Fykesmannen om det er grunnlag for å føra kommunen opp i ROBEK. I høve dette, gjer Fykesmannen merksam på at evt. budsjetterte "uspesifiserte innsparingar" ikkje skal reknast med som inntekt i vurderinga om kravet til budsjettert driftsresultat er nådd. (Jf brev frå KRD 10.05.02).

Vi minner elles om reglane i § 5 i forskrift om årsbudsjett om gradvis overføring av meirverdiavgiftskompensasjonen frå investeringar til investeringsregnskapet. For 2011 skal minimum 40 prosent overførast, for 2012 minimum 60 prosent og for 2013 minimum 80 prosent. Frå og med budsjettåret 2014 skal meirverdiavgiftskompensasjonen frå investeringar fullt ut reknast som inntekter knytt til investeringsprosjekt og budsjetterast i investeringsrekneskapen.

Det er eiga forskrift (1568) om budsjett, rekneskap m.m i interkommunale selskap.

Kommunane har frist til 1. juli 2010 med å fastsetja nytt finansreglement i tråd med ny forskrift.

Kommunale oppgaver	Kjelde	Pålegg
Vedta økonomiplan og budsjett	<u>Kommunelova § 44-47</u> <u>Forskrift nr 1423/1568</u>	X
Utarbeida årsrekneskap og årsberetning	<u>Kommunelova § 48</u> <u>Forskrift nr 1424/1568</u>	X
Avdrag og nedbetaling av gjeld	<u>Kommunelova § 50</u>	X
Vedta reglar for finansforvaltninga	<u>Kommunelova § 52</u> <u>Ny forskrift, nr 0635</u>	X

Krav til innsending:

- Økonomiplanen Kommunelova § 44
- Årsbudsjett Kommunelova § 45
- Årsrekneskap, årsberetning og revisjons beretning Forskrift nr 1423 § 75
Forskrift nr 1424 § 11

Kommunelova og forskrifter finn du enklast på Lovdata.no eller KRD sine nettsider.

2 Samfunnstryggleik og beredskap

Samfunnstryggleik har eit aukande nasjonalt fokus. Mellom anna er klimaet i endring, og det får konsekvensar for Rogaland. Vi må vere budde på auka nedbør, fleire og meir omfattande flaumar og auka havnivå som fører til større konsekvensar av stormflo. Samfunnet må handtere desse utfordringane gjennom å ta omsyn til dette i arealplanlegginga og sikre eksisterande buseinad. Vi må ha eit apparat klar til å handtere dei uønska konsekvensane av klimaendringane.

Mange samfunnssektorar og funksjonar blir stadig meir bundne til kompliserte tekniske system som er sårbare for svikt og manglar. I tillegg blir fleire og fleire avhengige av ei stabil kraftforsyning, og dei har ikkje gode nok system dersom strøumen sviktar. Sentralisering av verksemdar og auka krav til effektivitet og lønsemd gjer og at samanbrøt i viktige funksjonar får større konsekvensar i dag enn tidlegare. Det er derfor ei nasjonal oppgåve å gjere samfunnet mindre sårbar for uønska hendingar.

Sivilforsvarslova av 1953 er endra. Lova heiter no Lov av 17. juli 1953 nr. 9 om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og sivilforsvaret. Den trådte i kraft 1. januar 2010, og har stor innverknad på kommunane sitt arbeid med samfunnstryggleik og beredskap. Kommunane har no lovesta beredskapsplikt. Kommunane skal kartlegge uønska hendingar som kan skje i kommunen, vurdere kor sannsynleg det er at dette kan skje og korleis slike hendingar påverkar kommunen. Resultatet av dette arbeidet skal særjærnsstillast i ein helsekapleg risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS).

ROS-analysen skal vere grunnlag for planlegging og byggesaksbehandling. Dersom kommunane ikkje dokumenterer risikoilhøve i kommune- og reguleringsplanar vil dette føre til motsegn mot planer, jamfør plan- og bygninglova. Det er framleis eit stykke att til Fykesmannen er heilt nøgd med synlegginga av risikoilhøve i kommunane.

Den overordna ROS-analysen skal brukast som grunnlag for kommunen sin beredskapsplan. Beredskapsplanen skal ha oversikt over kva tiltak kommunen har for å handtere uønska hendingar. Som eit minimum skal planen innehalde ein plan for kommunen si kriseleing, varslingslister, ressursoversikt, evakueringsplan og plan for informasjon til befolkninga og media. Innføringa av kommunal beredskapsplikt fører ikkje til at krav om spesifikke beredskapsplanar etter særlovgivinga fell bort. Eit av måla med den kommunale beredskapsplanen er å sjå dei ulike planområda i samanheng og komplettere eksisterande beredskapsplikter og -planar.

Sentrale styresmakter arbeider no med forskriftene til den nye lova. Dei er venta ferdige 1. januar 2011.

2-1 Førebuande samfunnstryggleik og krisehandtering

Kommunal oppgåve	Kjelde	Pålegg	Triskot
Kommunane plikter å kartlegge kva uønska hendingar som kan skje i kommunen, kor sannsynleg det er at dei skjer og korleis dei vil påverke kommunen. Resultatet av dette arbeidet skal vurderast og samanstillast i ein helsekapleg risiko- og sårbarheitsanalyse.	<u>LoV 17. juni 1953 om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsesiltak og sivilforsvare</u>	X	
Risiko- og sårbarheitsanalysen skal leggjast til grunn for kommunane sitt arbeid med samfunnstryggleik og beredskap.	<u>LoV 27. juni 2008 nr. 71 om planlegging og byggesaksbehandlinga</u>	X	
Risiko- og sårbarheitsanalysen skal oppdaterast i takt med revisjon av kommunediplanar og ved endringar i risiko- og sårbarheitsbiletet.	<u>LoV av 23. juni 2000 nr. 56 Om helsemessig og sosial beredskap</u>	X	
Med utgangspunkt i risiko- og sårbarheitsanalysen skal kommunen utarbeide ein beredskapsplan. Beredskapsplanen skal vere oppdatert og reviderast minimum ein gong per år. Kommunen skal sørge for at planen jamtleg blir øva.	<u>Ol.prp. nr. 89 (1998-1999)</u> <u>LoV om vern mot smittsomme sykdommer av 5. august 1994</u>	X	
Fylkesmannen fører tilsyn med kommunane sitt samfunnstryggleiks- og beredskapsarbeid.	<u>Stortingssmelding nr. 22 (2007-2008)</u> <u>"Samfunnssikkerhet"</u> <u>NOU 2006:6 Når sikkerheten er viktigst (Infrastrukturvalget)</u> <u>Rundskriv GS-1/01 frå Dir. for samfunnssikkerhet og beredskap</u> <u>*FOR 2009-06-26 nr 655: Forskrift om konsekvensutredninger</u> <u>*LOi.prp. nr. 32 (2007-2008)</u> <u>*LOi.prp. nr. 45 (2007-2008)</u> <u>* Stortingssmelding nr. 22 (2007-2008)</u> <u>"Samfunnssikkerhet"</u>		

3 Arealplanlegging og –naturforvaltning

Ny Plan- og bygningslov (pbl) og ny naturmangfaldlov trådte begge i kraft 1. juli 2009, jf. Ol.prp. nr. 52 (2008-2009) om naturmangfaldlova og Ol.prp. nr. 32 (2007-2008) om plan- og bygningslova (plandelen). Disse lovverke er ei av dei største regelverkendringane me har hatt innan norsk arealforvaltning. Gjennom desse lovene får kommunane ansvar for samordna arealforvaltning, også naturmangfald, på ein helt anna måte enn etter tidlegare regelverk.

Naturmangfaldlova vil vere grunnlag for all arts- og arealforvaltning, inkludert planlegging og enkeltvedtak etter Plan og bygningslova. Arbeid med forskrifter er sett i gang. Naturmangfaldlova lovfester med saksbehandlingsreglar i §§ 8 – 12, følgjande prinsipp for all natur- og arealforvaltning:

- kunnskapsbasert forvaltning
- føre-var-prinsippet
- samla belastning skal vektleggjast
- kosnadane ved miljøforringing skal berast av tiltakshavar
- krav til miljøvennlege tekniskar og driftsmetodar.

I plandelen er det lagt vekt på demokratiske og effektive planprosessar med auka fokus på samfunnsdelen. Viktige formål med planlegginga er lætta fram direkte i lova (§§ 1-1, 3-1).

St.meld. 29 (1996-97) Om regional planlegging og arealpolitikk er framleis sentral for arealforvaltninga. Følgjande tema skal tilleggjast større vekt i arealplanlegginga: biologisk mangfald, utbyggingspolitikk og transportsystem, jordvern, estetikk og landskapsbilette og omsyn til funksjonshemma. I tillegg gir rundskriv I-2/98 Nasjonale mål og interesser i fylkes- og kommuneplanlegginga eit godt oversyn over viktige nasjonale mål som det skal takast omsyn til i planlegginga.

St.meld. nr. 23 (2001-2002) Bedre miljø i byer og tettsteder har ei overordna føring om å arbeide for miljøvennleg byutvikling og ei samordna areal- og transportplanlegging.

Arealplanlegginga er også ein viktig premis for at måla i St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge kan nåast. Viktige mål er å førebygge meir enn å reparere, å skape bette føresetnader for å ta vare på eiga helse og redusere helseskilnader mellom sosiale lag. Folkeløse er også lætta fram som eit viktig mål for samfunnsplanlegginga i ny plan- og bygningslov.

Eit anna viktig føremål som er framheva i ny pbl er kravet om Universell utforming (UU). Rogaland er valt til pilotfylke for UU. Det er utarbeidd fylkesplan for UU i Rogaland som første i landet, og regjeringa har ei omfattande satsing m.a. gjennom ny pbl (eige kapittel i bygningsdelen) og utarbeiding av RPR for UU som er undervegs

St.meld. nr. 26 (2006-2007) Regjeringens miljøvernpolitikk og rikets miljøtilstand legg til grunn eit strengt vern om strandsona. Kystkommunane må derfor vidareføre og styrkje oppbygginga og rapportere til Fylkesmannen om nye inngrep i 100-meters beltet. Fylkesdelplan for kystsonen i Rogaland, vedteken 12.03.02, har også vesentlege føringar for arealforvaltninga i kystsona som det er viktig at kommunen følgjer opp, blant anna om kartlegging av strandsona.

St.meld. nr. 34 (2006-2007) Norsk klimapolitikk inneheld ein rekkje tydelege mål på klimaområdet. Det er rekna at om lag 20% av dei nasjonale utslappa av klimagassar er knytt til kommunale verkemiddel. Kommunane skal derfor ta klimaomsyn i all sin planlegging.

Statlig planretningslinje for klima- og energiplanlegging i kommunene blei fastsett 04.09.09. Kettleiaren stiller krav til kommunane om å utforme klima- og energiplanar med ambisiøse mål og konkrete tiltak. Innan 1. juli 2010 skulle alle kommunar hatt 1. generasjons klima- og energiplan som

ein del av kommunepanelen eller i eigen delplan. Dei kommunane som ikkje har dette, må vere budd på å vise korleis dei skal kome i mål med dette innan årsmøteleg tid.

St.meld. nr. 39 (2008-2009) "Klimautfordringane – Landbruken er del av løysingen", viser mål og klimatiltak som kan vere aktuelle for å redusere klimagassutslipp frå landbruket og auke opptaket av CO₂. Meldinga har mål om å auke eiga matproduksjon, å ta vare på naturgrunnlaget, å avgrense klimagassutslipp frå landbruket, å auke karbonopptak og binding i skog og jordmunn og å auke bruk av trevirke og bioenergi. Kommunane har et tydeleg ansvar på området, også for å syte for at klimatiltak vert godt avvegd mot omsyn til landskap, produktiv jord og verdifulle naturtypar.

St.meld. nr. 26 (2006-2007) Regjeringens miljøvernpolitikk og rikets miljøtilstand understrekar den nasjonale politikken om eit strengt jordvern. Halvering av den årlige nedbygginga av dei mest verdifulle jordressursane innan 2010, stimulera kommunane til å peike ut kjerneområde landbruk, fastlegge langsiktige jordverngrensar i by- og tettstad og arbeide for å redusera avgang dyrka jord til samferdselsittak. Det siste er også understreka i Nasjonal transportplan 2010-2019.

I eit felles brev til kommunar og fylke har landbruks- og matministeren og miljøverministeren innskjært jordvernet. Ny plandel av plan- og bygningslova frå 01.07.09 gir nye verktøy for jordvernet i samfunnsplanlegginga. Kommunane er den avgjerande styresmakt for areal- og samfunnsplanlegginga og som avgjer om ein når dei nasjonale måla for jordvernet og bruk og vern av kulturlandskapet.

I St.meld. nr. 39 (2008-2009) Klimautfordringane – Landbruket er del av løysingen er sikring av jordbruksareal som ein grunnleggjande avgrensa ressurs og som eit viktig kjelde for karbonlagar framheva.

På området biologisk mangfald er det store forventningar til at kunnskapsbasert forvaltning etter ny naturmangfaldlov, over tid vil bidra til berekraftig bruk og vern av særleg verdifulle natur- og kulturlandskap med høgt artsmangfald. Landbruksfylket vårt har mange særbar og truga artar knytt til jordbrukskapte landskap. Kommunane og Fylkesmannen har ein felles utfordring i å ta i mot og bruke den nye lova etter Stortinget sine intensjonar. Kommunane må vera særleg merksame på deiira ansvar i arealforvaltninga for utvalde/truga artar og naturtypar som det er/vert utarbeidd handlingsplanar for td. Dvergmanikåpe, svarthalespove og slåttemark. Handlingplan for kystlynghei, som er under utarbeiding, vil bli viktig for Rogaland.

På forureiningsområdet er det ønskeleg at kommunane i størst mogleg grad brukar arealplanlegginga aktivt for å førebygge konflikter og uønskt utslipp. Dørme er lokale avtaup, støy, forureining frå pukkverk og vegtrafikk. Det er også slik at utslippsløyve etter forureiningslova til ei verksemd berre skal gis når kommunale arealplanar opnar for denne type verksemdar. Ei god lokalisering av industri skal skje i kommunal arealplanlegging, og ikkje under handsaming av utslippsløyve etter forureiningslova.

Kommunane har fått auka utfordringar innan forvaltning av vassdrag gjennom lov om vassdrag og grunnvann (vassressurslova) av 24. november 2000 nr. 82. Kommunane må særleg seje søkjelyst på forvaltninga av dei verna vassdraga. NVE skal som høyringspart ha tilsendt alle plan- og dispensasjonssaker som rører ved vassdragspørsmål.

Fylkesdelplan for friluftsliv, idrett, naturvern og kulturminnevern (Fdp-FINK) har mål, strategiar og kartfesta føringar for bruk og vern av areal og beire samordning av naturverdiar, kulturverdiar og tilrettelegging til friluftsliv, idrett og reiseliv. Prinsippa for differensiert tilrettelegging skal nyttast. Fylkesmannen ventar at kommunane legg denne fylkesdelplanen til grunn for arealforvaltninga.

3-1 Planstrategi

Ny plan- og bygningslov har krav om at kommunane skal utarbeide planstrategi. Kravet gjeld frå neste kommuneval og må utarbeidast innan eit år etter at kommunestyret er konstituert. Planstrategien skal vere politikarane sitt verkty og skal innehalde ei drøfting av kommunen sine strategiske val knytte til samfunnsutvikling, langsiktig arealbruk, miljøutfordringar, og planbetov i valperioden.

3-2 Regionalt planforum

Fylkesmannen og fylkeskommunen i Rogaland har lenge arbeidd tett og godt i lag i arealplansaker. Det skal me også gjera framover. Regionalt planforum vil bli det viktigaste kontaktpunktet mellom kommunane og regionalt nivå i kommunepanlegginga. Fylkeskommunen har sekretariatsfunksjonen for dette og fylkesmannen skal delta saman med andre statlege regionale organ.

3-3 Arealplanlegging

Kommunal oppgåve	Kjelde	Pålegg
a) Kommunene skal leggje rikspolitiske/statlege retningslinene/føresegner og andre politikkdokument til grunn for sine vedtak etter plan- og bygningslova. Det same gjeld prinsipp for berekraftig bruk og vern i Naturmangfaldlova. Regionale planar (tidlegare fylkesdelplanar) må følgjast opp i kommunale planar.	<u>Pbl kap 6</u> <u>Rikspolitiske retningslinjer for Samordna areal- og transportplanlegging/ ivaretaking av barn og unge sine interesser/ verna vassdrag/RPB for kløpesentrer, RPR (kommert), SPR klima og energi</u>	X
Gjer ein ikkje dette, kan det føre til at fylkesmannen fremjar motsegn eller påklagar kommunale vedtak etter plan og bygningslova eller anna relevant særlovverk td. Energi-lova.		
b) Kommunane skal leggje vekt på å få fram gode kommunet(-de)planar som løysar aktuelle arealbrukspørsmål innafør ei heilskapleg ramme. Det skal leggast stor vekt på samfunnsplanlegging som grunnlag for arealdisponeringa.	<u>Kap. 11 pbl</u> <u>St.meld. 19 (1999-2000)</u> <u>St.meld. 23 (2001-2002)</u> <u>St.meld. 26 (2006-2007)</u> <u>St.meld 34. (2006-2007)</u>	X
c) Høve til dispensasjon i ny plan- og bygningslov er innskrenka. Kommunen skal i sin dispensasjonspraksis ikkje undergrave overordna planar og føringar .	<u>Pbl § 19-2</u> <u>St.meld. 29 (1996-1997)</u> <u>St.meld. 26 (2006-2007)</u>	X
d) Kommunene skal i arealplanlegging og byggesaksbehandling leggje vekt på omsynet til estetikk og landskapsbilete	<u>Pbl § 3-1, b</u> <u>Europaisk landskapskonvensjon</u> <u>St.meld. nr. 29 (1996-1997), T-1179 Estetikk i</u>	X

plan- og byggesaker.

St.meld. nr. 26 (2006-2007)

Rundskriv T-5/99

T-1468 og T-1472

FDP – "Universell utforming" 2007

RPR for JUU (kommer)

Pbl kap 5

Rikspolitiske retningslinjer for å ivareta barn og unges interesser i planlegginga.

Kommunehelsesteteste-lova § 1-4, § 4a-5

FDP – "vindkraft i Rogaland"

T-1458 retningslinjer for vindkraft

FDP-FINK

e) Prinsippet om universell utforming skal ligge til grunn for all planlegging i kommunane.

f) Under utarbeiding av planar etter plan- og bygningslova skal kommunen aktivt leggje til reite for medverknad frå alle grupper innbyggjarar og frå offentlege styresmakter som har interesser knytte til planen. Planarbeidet bør mellom anna ta omsyn til innspel frå helsestetesta.

g) Kommunane skal leggje til grunn nasjonale og regionale føringar ved lokalisering av vindkraftanlegg.

h) Kommunane skal leggje FINK til grunn for bruk, vern og tilrettelegging av areal og betre samordning av natur-, kulturverdiar og tilrettelegging.

i) Kommunen skal syte for nødvendig dokumentasjon og disponere tilfredsstillande kartgrunnlag.

j) Det skal utarbeidast planprogram og konsekvensutgreiingar (KU) for kommunale arealplanar med vesentlege miljøverknadar. Kommunen plikter også å kartlegge uønska hendingar som kan inntreffe i kommunen, vurdere kor sannsynleg det er at dette kan skje og korleis slike hendingar påverkar kommunen. Resultatet av dette arbeidet skal sammenstillast i ein heliscapeleg risiko- og sårbarheitsanalyse (ROS). ROS-analysen skal ligge til grunn for utarbeiding av planar.

X

X

X

X

X

3-4 Utbyggingspolitikk og transportsystem

Kommunal oppgave	Kjelde	Pålegg
------------------	--------	--------

a) Kommunen skal utvikle eit utbyggingsmønster som kan redusere transportbehovet og bygge opp under bruk av kollektivbodaet.

St.meld. 29 (1996-1997)

Rikspolitiske retningslinjer for samordna areal- og transportplan.

St.meld. 23 (2001-2002)

St.meld. 26 (2006-2007)

99

X

b) Kommunen skal ikkje tillate etablering av store kjøpesenter utafor eksisterande sentrumsområde. Kommunane på Nord-Jæren og Haugalandet skal innarbeide senterstrukturen frå fylkesdelplanar i kommuneplanane og leggje dette til grunn ved kjøpesenterbehandling.

St.meld. 23 (2001-2002)

FDP-Nord-Jæren 2001

FDP-Haugalandet

2004/RPB for kjøpesentre

St.meld. 29 (1996-1997)

Rikspolitiske retningslinjer for samordna areal- og transportplanl. Reg. planer

3-5 Jordvern

Kommunal oppgave	Kjelde	Pålegg
------------------	--------	--------

X

§ 3 i jordlova

St.meld. 29 (1996-1997)

St.meld. 19 (1999-2000)

FDP-Nord-Jæren 2001

§ 1 i jordlova

St.meld. 29 (1996-1997)

St.meld. 26 (2006-2007)

St.meld. 39 (2008-2009)

X

X

a) Kommunen skal som lokal landbruksstyresmakt vurdere arealplanane i høve til omsynet til eit strengare jordvern og landbruksinteressene elles. Desse vurderingane skal kome fram i planmaterialelet.

b) Kommunen skal praktisere reglane i jordlova og plan- og bygningslova slik at enkelttiltak ikkje kan undergrave intensjonane om eit sterkare vern om arealgrunnlaget for matvareproduksjon og lagring av karbon.

3-6 Biologisk mangfald

Kommunal oppgave	Kjelde	Pålegg
------------------	--------	--------

X

St.meld. 42 (2000-2001)

St.prp. 56 (1992-1993)

Om samtykke til Fylkesmannen. Når registreringane er ferdige,

skal resultatet leverast på rett kart- og databaseformat, m.a. for bruk i AREALIS og fylkesdelplan og arealplanlegginga elles.

b) Naturen med landskap, biologisk og geologisk mangfald og økologiske prosessar, skal takast vare på ved berokrattig bruk og vern. Kjende biologiske verdiar, kartlagde m.a. gjennom ulike verneplanar, kommunale biologisk mangfald/naturtyperegistreringar, fylkesdelplan for naturvern, viltkart og andre registreringar, skal vurderast i arealsaker som kan påverke desse verdiane. Område registrerte som viktige og i særleg grad svært viktige område for biologisk mangfald, skal takast vare på gjennom den kommunale arealforvaltninga.

c) Kommunale vitfond og tilskot til vilttiltak skal brukast til beste for viltet.

d) Kommunen må haldе seg oppdatert på kva truga og prioriterte artar som er innan deira grenser samt status for forskrifter og handlingsplanar som gjeld for desse. Kommunen må vurdere konsekvensane av desse opp mot gjeldane arealplanar, ved utarbeiding av nye planar og ved særlovshandsaming. Fylkesmannen i Rogaland ser fram til samarbeid med kommunane om å få på plass gode avtalar med grunneigarar og evt.lag og foreningar om skjøtsel og økonomisk kompensasjon for å ta vare på prioriterte artar.

Dei viktigaste allereie prioriterte artane for Rogaland *Eivemusing* og *Svarthalespove*. Andre truga artar med handlingsplan som Rogaland har eit stort ansvar for er Åkerrikse, Hubro, Horndykker, flaggermus (fleire artar), Ål, og utvalde planter med særleg tilknyting til Rogaland (Jærtistel, dvergmarikåpe, skredmjelt, jærflangre, islandsgrønkuile)

Sjå:
http://www.dirna.no/naturmangfold/trua_arter/prioriterte_arter/

ratifikasjon av en konvensjon om Biologisk mangfold
St.meld. 58 (1996-1997)
St.meld. 26 (2006-2007)

Naturmangfaldloven
Viltlov § 7.
Lakse- og innlandsfiskelov § 7.
St.meld. 29 (1996-1997)

X

Viltlova
Lakse- og innlandsfiskelova

X

§ 23 i Naturmangfaldlova

3-7 Friluftsliv

Me gjer merksam på at Fylkeskommunen gjennom forvaltningsreforma overtok det meste av ansvaret for arbeidet med tilrettelegging for friluftsliv og hausing av villt og fisk ved årsskiftet 09/10. Fylkesmannen har framleis eit særleg ansvar for å representere Staten som grunneigar i friluftsområde, som er eller skal sikrast ved kjøp eller anna avtale. Me vil og halde fram med å vektleggje friluftslivinteresser i plansamanheng.

Kommunal oppgåve	Kjelde	Pålegg
a) Kommunen skal leggje til rette for ein variert grønsstruktur som kan gi eit allsidig tilbod for aktivitetar og opplevingar for ulike aldersgrupper, m.a. motorisk utviklande område for barn.	<u>Rikspolitiske retningslinjer for barn og unge</u> <u>Rundskriv T-195.</u> <u>FINK</u> <u>St.meld. 39 (2000-2001)</u> <u>St.meld. 26 (2006-2007)</u>	X

b) Kommunen bør kartleggje og sikre skolar og barnehagar tilgang til og bruk av naturprega areal for lek og opplæring i rimeleg nærleik.

Rikspolitiske retningslinjer for barn og unge, L97, St.meld. 39 (2000-2001)

X

c) Fylkesdelplanen FINK skal følgjast opp i kommunen gjennom arealplanlegginga og gjennom sikring og tilrettelegging av område i samsvar med føringane i planen.

St.meld. 39 (2000-2001)
FDP -FINK

St.meld. 26 (2006-2007)

d) Kommunen bør leggje grunnlag for at ein større del av spolemidlane kan gå til friluftslivlegg og stimulerings- og aktiviseringsilttak.

Viltlova
Lakse- og innlandsfiskelova

Tilskotsordningar:

Tilskot frå stat og fylkeskommune, spetemidlar, kap. 3.7 friluftsliv, pkt a, c og e

3-8 Kyst- og vassmiljø

Kommunal oppgåve	Kjelde	Pålegg
a) Kommunane skal følgje opp intensjonane i Vanrammeforskrifta, i samarbeid med andre kommunar og andre forvaltningsorgan.	<u>Vanrammeforskrifta</u>	

X

b) Kommunen skal forvalte 100-metersbeltet ut frå at det ligg føre ei nasjonal interesse for ivaretaking av landskaps-, friluftsliv- og naturverdiane i denne sona. Dispensasjonspraksisen skal vere streng. Kommunane skal også gjere strandsona meir Rettleingsmaterieil frå DN tilgjengelig ved å arbeide for å fjerne utovlege i 2000, brev frå MD av



sterget. Kommunane skal rapportere to gonger i året til Miljøverndepartementet om talet på dispensasjonar i 100-metersbeltet.

c) Kommunane skal følgje opp retningslinene som er gitt for klassifisering og forvaltning av dei verna vassdraga. I fylket til. Kommunane må delta i arbeidet med fullkarakterisering av alle vatn og vassdrag i fylket.

d) Kommunen bør utarbeide miljømål for vasskildene sine og areala rundt desse, og sikre at måla blir følgde opp gjennom kommuneplanen, reguleringsplanar og eige arbeid etter forureiningslova.

e) Kommunen skal sjå til at det finst vegetasjonsbelte langs alle vassdrag med årssikker vassføring. § 11 gir nærare detaljar.

f) Kommunen bør gjennom all plan- og byggesaksbehandling leggje til rette for at nedbøren blir infiltrert i grunnen.

08.03.02
FDP for kvistsonen

PBL vassressurslova
Rikspolitiske retningslinjer
for verna vassdrag.
Rundskriv 1-1082

St.meld. 29 (1996-1997).
Retningslinjer frå SFT.
97-02. Miljømål for
vassførekomstlar.
97-03. Klassifisering av
miljøkvalitet i firdar og
kystfarvatn
97-04. Klassifisering av
miljøkvalitet i ferskvatn.

Vassressurslova § 11

Vassressurslova § 7

X

X

3-9 Klima- og energi

Kommunal oppgåve

a) Kommunen skal utvikle eit utbyggingsmønster og utferdige planar som bidrar til å redusere transportbehovet og som byggjer opp under bruk av kollektivtilbodet m.a. for å redusere energiforbruk og utslipp av CO₂.

b) Kommunen må stimulere til reduksjon av utslipp frå avfallsfyllingar, stasjonær energibruk og landbruk.

c) Kommunen skal utarbeide lokale klima- og energiplanar som ein kommunedelplan eller som del av kommuneplanen. Dei som ikkje har gjort dette, eller er godt i gang med det, må snarast leggje opp ein prosess for dette.

Kjelde

St.meld. 29 (1996-1997).
Rikspolitiske retningslinjer
for samordna areal- og
transportplan.
St.meld 23 (2001-2002)
St.meld. 26 (2006-2007)
St.meld 34 (2006-2007)
Regionalplan for energi
og klima i Rogaland

St.meld.34 (2006-2007)
St.meld 39 (2008-2009)

PBL §11-1, statleg
rettleiar for klima og
energiplanlegging

Pålegg

X

4 Landbruk

Kommunen har hovudansvaret for gjennomføring av den nasjonale landbrukspolitikken der hovudmåla er å halde oppe hovudtrekka i buseiingsmønsteret, å ha eit levande landbruk i alle delar av landet, matvaretryggleik, beredtraffing forvaltning av jordbruks- og skogbruksareal og tilfredstillande inntektutvikling for næringsutøvarane, jmf. St.meld. nr. 19 (1999-2000). Om norsk landbruk og matproduksjon, St. meld. nr. 17 (1998-1999). Verdiskaping og miljø – muligheter i skogsektoren og «Soria Moria»-erklæringa: Våren 2009 kom LMD med St.meld.nr.39 (2008-2009) Klimautfordringane – Landbruket en del av løsningen. Her blir det lagt viktige føringer for landbruksrelaterte klimatiltak. Regionalplanplan for landbruk i Rogaland, som kjem på høyring hausten 2010, blir også eit viktig strategisk dokument. Det same gjeldt ny stortingsmelding om landbruks- og matpolitikken som blir lagt fram våren 2011.

Kommunen har ansvaret for:

- Førsteinstansvedtak etter særlovene i landbruket (med nokre få unntak)
- tilskotsordningane:
 - o Produksjonsstøtt, avløysartilskott m.m.
 - o Spesielle miljøtiltak i jordbruket
 - o Nærings- og miljøtiltak i skogbruket – for saker om vegbygging og drift med laubane, hest o.a. avgrensa til motivering og førebuing av sakene
 - o Skogbruksplanlegging – avgrensa til motivering og førebuing av sakene

Distriktskommunar med nedgang i folketallet bør stimulere til auka buseiing ved å målrette bruken av virkemidla i jordlova, konsesjonslova, odelslova og plan- og bygningsslova. Kommunen er dessutan gitt ei utvida rolle for landbruksbasert næringsutvikling. jf. St.meld. nr.19 (2001-2002) Nye oppgåver for lokaldemokratiet – regionalt og lokalt nivå og St.meld. nr 21 (2005 – 2006) Hiarde for heile landet. Om distrikts- og regionalpolitikken.

Kommunen har eit klart forsterka ansvar for å tilpasse nasjonal landbrukspolitikk lokalt.

Kommunen må mellom anna parallelt med pågåande effektivisering av landbruket, arbeide meir aktivt for ein variert buseiings-, areal- og næringspolitikk. Landbruks- og matdepartementet sin strategi for næringsutvikling «Ia landet i bruk» legg rammene for næringsutvikling med basis i landbruket og bygden sine ressursar. Eit viktig side av dette er å fokusere på kva fortrinn ein har lokalt, det vere på kommunenivå eller for enkeltbygder og gårdsbruk.

Kommunen bør som aktiv landbrukspolitisk aktør utvikle sin eigen lokale landbrukspolitikk – med bakgrunn i den nasjonale og regionale politikken. Dette vil medføre at kommunen må analysere utviklingsstrekk og framtidsperspektiv for landbruket og landbruksstilnytta verksemd i kommunen. Kommunane bør også i større grad tenkje gjennom korleis landbruket kan bidra til den kommunale oppgåveløysinga, til dømes innan skule og omsorg (Inn på tunet) og energiforsyning (bioenergi), som leverandør av lokale matspesialitetar og kunst og kultur. Kommunane bør også gjere vurderingar av kva rolle landbruket bør ha innan reiselivet.

Som grunnlag for bruken av tilskotsmidlane til miljøtiltak i jordbruket (SMIL) og til nærings- og miljøtiltak i skogbruket (NMSK) skal kommunen utarbeide fleirårige strategiar. Strategiane bør reviderast årlig.

For å nå regjeringa sitt mål om auka avverking og betre utnytting av skogressursane, blir oppfølging av konkrete tiltak i Handlingsplan for skogbruket i Rogaland 2010 – 2013 eit viktig innhatsområde. Sikre høg produksjon av kvalitetsskog, utbygging av infrastruktur og intensivert informasjon og motivasjon er nokre stikkord frå handlingsplanen.

I forhold til skog og klima spelar kommunane ei nøkkelrolle for å auke produksjonen og bruken av trevirke og bioenergi som eigar og brukar av store bygningsmassar, med mynde til å påverke infrastruktur i fjernvarmenett og med styringsansvar i energiselskapa. Tillegg har kommunane førsteplineansvar mot skogbruket og råstoffet.

Regjeringa har sett som mål at 30 % av husdyrgjødsla i Noreg skal gjennom eit biogassanlegg innan 2020. I *Regionalplan for energi og klima i Rogaland* er det endå høgare ambisjonar, og det er konkrete mål om å redusere energibruken og utslepp av klimagassar frå landbruket innan 2020. Kommunane må bidra til at landbruket her kjem i mål, m.a. ved å selje konkrete klimamål for landbruket i kommunale planar.

Innføring av vassdirektivet gir store miljøutfordringar for landbruket. Kommunen vil, saman med landbruksnæringa, vere ein viktig aktør i arbeidet med oppfølginga av vedteke forvaltningsplanar. Den nye *naturmangfaldlova* får også verknad for landbruket, og kommunen må ta omsyn til dei føringane som er gitt i lova i planarbeid og enkeltsaker.

For å møte dei regionale miljøutfordringane, er det som ein del av arbeidet med Regionalt miljøprogram utarbeidd ei regional forskrift, "Tilskot til miljøtiltak i jordbruket i Rogaland". Kommunen har ansvar for å informere om det regionale miljøprogrammet og ta i mot og handsame søknader om støtte.

4-1 Næringsutvikling

Kommunal oppgåve	Kjelde	Pålegg
a) Kommunen skal medverke til prosjekt for utgreiings- og tilretteleggingstiltak for tradisjonelt jord- og skogbruk og tilleggsnæringar	<u>St.prp. nr. 1 (2009-2010)</u> <u>St.meld. 19 (1999-2000)</u> <u>St.meld. 21 (2005-2006)</u>	X
b) Kommunen bør utarbeide landbruksplan for m.a. å gi eit oversyn over landbruket sin verdi for næringsliv, sysselsetting og areal- og ressursbruk i kommunen. Vidare bør kommunen utvikle strategiar for praktisering og lokal tilpassing av dei landbrukspolitiske verkemidla; her også omsynet til at investeringsverkemidla skal fordelast på fleire føretak.	<u>Rettleiar frå Landbruksdepartementet</u> <u>Pbl og Landbruk Pluss</u> <u>rettleiar, juni 2005</u> <u>M-0691</u> <u>St.meld. 19 (1999-2000)</u> <u>St.meld. 17 (1998-1999)</u>	X
c) Kommunen skal leggje til rette for at næringsutøvarane får nødvendig service i samband med ønske om bruksutbygging og andre utviklingstiltak i jord- og skogbruk.	<u>St.prp. nr. 1 (2009-2010)</u> <u>St.meld. 19 (1999-2000)</u> <u>St.meld. 17 (1998-1999)</u>	X
d) Kommunen har ansvar for mottak av søknader om midlar til bygdeutvikling.	<u>Forskrift om midlar til bygdeutvikling.</u>	X

e) Kommunen skal stimulere til auka produksjon og forbruk av økologisk mat.	<u>Handlingsplan for økologisk landbruk i Rogaland 2007-2015</u> LMD sitt mål om 15 % økologisk produksjon og forbruk innan 2020	X
f) Kommunen skal gå aktivt inn i arbeidet med å utvikle kulturlandskapet både m.o.t. biologisk mangfald, friluftsliv og estetikk.	<u>St.prp. nr. 1 (2009-2010)</u> <u>St.meld. 19 (1999-2000)</u>	X
g) Kommunen skal ha utarbeida ein felles feiring strategi for bruk av statlege tilskotsmidlar for spesielle miljøtiltak i jordbruket og for nærings- og miljøtiltak i skogbruket.	<u>St.prp. nr. 1 (2009-2010)</u> <u>Forskrift om tilskudd til spesielle miljøtiltak i jordbruket.</u> <u>Forskrift om tilskot til nærings- og miljøtiltak i skogbruket.</u>	X
h) Kommunen bør utvikle sin eigen landbrukspolitikk innfor ramma av den nasjonale politikken og i samsvar med nasjonale og regionale strategiar for landbruksbasert næringsutvikling.	<u>St.prp. nr. 1 (2009-2010)</u> <u>Ta landet i bruk! LMD 2007</u> <u>Strategi for landbruksbasert næringsutvikling i Rogaland 2010</u> <u>Nv samarbeidsavtale mellom KS og LMD</u>	X
i) Kommunen har ansvaret for vedlikehald av APIS (digitale marklagskart) og matrikkelen, m.a. for å sikre oppdatert stadfesta informasjon.	<u>Rundskriv 23/2008 SLF</u>	X
j) Kommunen skal kvalitetssikre gardskarta til bruk m.a. i arealkontroll for produksjonstilskot.	<u>Rundskriv 19/2010 SLF</u>	X

4.2 Forvaltning av landbrukspolitiske verkemiddel

Kommunal oppgåve	Kjelde	Pålegg
Kommunen skal ta i mot, behandle og gjennomføre pålagt kontroll i samband med:		
a) Søknader om produksjonstilskot, velferdsordningane m.m. innan fastsette fristar.	<u>Forskrift om produksjonstilskot i jordbruket</u>	X
	<u>Forskrift om tilskot til avøysing</u>	

- b) Søknader om tilskot til nærings- og miljøtiltak i skogbruket (NMSK), og søknader om tilskot til spesielle miljøtiltak i landbruket (SMIL).
- c) Søknader om nydyrking og bygging av landbruksvegar.
- d) Søknader om miljøtiltak i jordbruket i Rogaland innan fastsette fristar.
- e) Kommunen skal legge gjeldande retningslinjer til grunn for areal- og ressursforvaltninga.
 - Om norsk landbruk og matproduksjon Landbruksmeldinga
 - Verdiskaping og miljø – moglegheiter i skogsektoren – skogmeldinga
 - Klimautfordringane – "landbruket en del av løsningen"
 - Om regional planlegging og arealpolitikk
 - Reglar om overføring av myndigheit og forskrift om saksbehandling mv. i kommunen etter konsesjonslova, jordlova, odelsova, og skogsbrukslova
 - Konsesjon og buplikt
 - Driveplikt etter jordlova
 - Pris på landbruksgeodomar ved konsesjon
 - Omdisponering og deling – jordlova

- X Forskrift om tilskot til spesielle miljøtiltak i jordbruket.
- X Forskrift om tilskot til nærings- og miljøtiltak i skogbruket.
- X Rundskriv om nydyrking M-25/1995 og Forskrift om nydyrking nr 1497 (2003).
Rundskriv M-2/1997 og Forskrift om planlegging og godkjenning av veier for landbruksformål, med siste endring 01.01.2010
- X Regionalt miljøprogram for jordbruket i Rogaland
Forskrift for miljøtiltak i jordbruket i Rogaland
- X St. meld. 19 (1999-2000)
- X St. meld. 17 (1998-1999)
- X St. meld. 39 (2008-2009)
- X St. meld. 29 (1996-1997)
- X Rundskriv M-6/2003
m/endringar og forskrift nr 1480 (2003)
- X Rundskriv M-2/2009
- X Rundskriv M-3/2009
- X Rundskriv M-3/2002 med siste endring i M-1/2010
- X Rundskriv M-4/2003

- f) Kommunen har eit kontroll- og opptølgingsansvar som skogbruksstyresmakt; jf. ny skogbrukslov. Kommunane skal mellom anna sjå til at omsett tømmer, ved og juletre blir meldt inn til Virkesdatabasen for statistikk og måleplikt, og at skogeigarane betalar inn skogfomsmidlar for omsett skogsvirke. Kommunen pliktar å føre tilsyn med foryngingsplikta og miljøomsyn; jf. ny forskrift.

- X Skogbrukslova
Forskrift om skogfond o.a.
3. juli 2006
- X Forskrift om berekraftig skogbruk 7. juli 2006
"Skogplantebrevet" frå statsråd Brekk 5. juli 2010

5 Vassforureining og avfall

Saksfeltet gjeld i hovudsak oppfølging av forureiningslova med tilhøyrande føresegner. Føresegnerne er ofte detaljerte med lite rom for skjøn. Oppgåvene er knytte til dei ansvarsmåla der kommunen er tildelt avgjerdsrett.

Kommunane vert oppfordra til å samarbeide. Samarbeid kan føre til meir hellskipleg innsats og kan være ressursparande og kompetanseoppbyggjande. Samarbeid kan til dømes gjelde overvaking og tilsynsarbeid.

5-1 Vassforureining

Kommunal oppgave	Kjelde	Pålegg
a) Kommunen har styremakt etter forskriftas kap. 12, 13, 15, 15A (§15A-5 og §15A-6) og kap. 16. Kommunen bør ta i bruk sakhåndsamings-systemet for utleppsløyver som støtte, og vektleggje oppdatering av gitte løyve.	Forskrift om begrensning av forurensning (forureiningsforskrifta) http://www.klif.no/publikasjoner/2236/ta2236.pdf	X
b) Kommunen skal sjå til at alle vedtak om opprydding på avløpssektoren blir gjort i tråd med EU sitt avløpsdirektiv og nasjonale føringar.	Forureiningsforskrifta kap. 12 og 13	X
c) Kommunen skal medverke til at regjeringa sine mål for utlepp frå landbruket vert oppfylte. Meldingar om landbruksforureining må følgjast opp.	Forskrift om gjødselsvarer m.v. av organisk opphav Forskrift om nydyrking Forskrift om produksjonsstusko	X

d) I all bruk av avløpslam skal kommunen førebygging/avgrensning forureining, helse- og hygieniske ulemper. Forbod mot deponering av ubehandla avløpslam.	Forskrift om gjødselsvarer m.v. av organisk opphav, jf forskrift om deponering av avfall (avfallsforskriften), kap. 9.	X
e) Kommunen kan ved forskrift setje strengare eller meir lempelege krav til utslipp frå skip i vassdrag og kystnære område.	Forureiningsforskrifta kap. 23-5.	
f) Kommunen er delegert styremakt etter forureiningsforskrifta, om utslipp av oljehaldig avløpsvatn.	Forureiningsforskrifta kap. 15.	X
g) Kommunen er delegert styremakt etter forureiningsforskrifta for påsepp av avløpsvatn til offentleg avløpsnett.	Forureiningsforskrifta kap 15A.	X

5-2 Avfall

Kommunal oppgåve	Kjelde	Pålegg
a) Kommunen skal gjennomføre full kostnadsdekking på avfallssektoren og bær ta i bruk differenserte gebyr for å fremje avfallsreduksjon og gjenvinning.	Forureiningslova § 34. Rettleiar frå SFT: TA-2001/2004 - Veileder om beregning av kommunale avfallsgebyr	X
b) "Nye" avfallsdelinisjonar gir kommunen styremakt til å føre tilsyn med innehavar av næringsavfall og krevje gebyr for tilsynsvetksermda.	Lov av 11. april 2003 om endringer i forureiningslova. § 30 Rettleiar TA-2001/2004	X
c) Kommunen skal avdekkje ulovlege avfallsfyllingar og forsøpling som er i strid med fl. § 28. Nye og utvida høve for kommunen til å krevje fjerning av lagar av brukt materiale som kan føre til forureining, id utrangerte bilar og maskinar. Ny vegleiar frå SFT er på veg.	Foru.lova. §§ 37 og 48 Retningsline frå SFT: TA-1713/2000 - Forsøpling og avfallsoppdydding. Foru.lova § 7	X

d) Kommunen skal følgje opp bygge- og rivningsavfall ved å godkjenne innsendte planer og føre tilsyn.	Avfallsforskrifta § 15. Gjeld frå 1.01.08	X
e) Kommunar som er "hamneansvarlege" skal syte for mottak av avfall m.v. frå alle skip og fartøy.	Forureiningsforskrifta kap. 20.	X
f) Kommunen skal etablere eit tilstrekkeleg tilbod for mottak av farleg avfall.	Avfallsforskrifta, kap. 11, § 10.	X
g) Kommunen skal etablere eit tilstrekkeleg tilbod for mottak av kasserte elektriske og elektroniske produkt (EE-avfall), skal syte for sortering, oppbevaring og vidareending samt informasjon om ordninga.	Avfallsforskrifta, kap. 1, § 6.	X
h) Kommunen kan vedta forskrift om nedgravne oljetankar.	Forureiningsforskrifta kap. 1. Retningsliner frå SFT 97/05	
i) Kommunen skal føre tilsyn med all open brenning og brenning av avfall i småommar og kan vedta lokal forskrift som avgrensar/utvidar høve til slike brenning.	Rettleiar frå SFT: TA-1824/2001 - Open brenning og brenning av avfall i småommar. Delegering frå Miljøverndepartementet 17.07.01	X
j) Kommunen er forureiningsstyresmakt for oppdydding i ureina grunn ved bygge- og anleggsarbeid.	Forureiningsforskrifta, kap. 2	X

6 Tiltak for barn og unge

I kommunen sitt arbeid overfor barn og unge er det viktig å leggje til rette for eit godt og omfattande samarbeid med familien. Det er samstundes viktig å samordne kommunen sine tenester med den omfattande verksemda til frivillige organisasjonar, privatpersonar og fylkeskommunen og det stellige barnevernet, Bufetat og barne- og ungdomspsykiatrien. Eit godt og konstruktivt samspel er avgjerande for å sikre barn og unge gode oppvekst- og utviklingsvilkår. Samordning av tiltak er særleg viktig for barn og unge med særskilde behov.

"Forskrift om helsestasjon" og "Forskrift om helsestasjon i skoler" er frå 1. juli 2003 erstatta av ei felles "Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggjande arbeid i helsestasjons- og skolehelsestestestien" (jf. rskr 1-3/2003). Reguleringa set krav til kommunen om tilbod til alle barn og unge frå 0 til 20 år, mellom anna til førebyggjande psykososialt arbeid og vaksinasjon. Kommunen har ansvar for naudsynt opplæring av personell i barnehage- og barnevernstenesta. Kommunen bør også sikre at det som skal rettleie foreldra (helsesyslrer, tilsette i barnehagar, lærarar

og barnevernarbeidarar) får opplæring slik at dei på ein god måte kan hjelpe foreldra til å ta vare på barna sine. Kommunen har også ansvar for tiltak for funksjonshemma barn og barn med psykiske lidingar. Om barnehagar viser vi til kap. 7-1 nedanfor.

6-1 Barnevernet

Regjeringa legg vekt på å førebu barnevernstenesta med omsyn til evne og mulighet til å setje inn passende hjelpe- og omsorgstiltak. Det er derfor viktig med nytenking, organisasjons- og tiltaksutvikling og, for nokre kommunar, interkommunalt samarbeid. Det er kome nye reitleiingar og rutinehandbøker for den kommunale barnevernstenesta som viktige hjelpemiddel i arbeidet.

Internkontrollplikt i barnevernet blei innført frå 1. januar 2006. Det er utarbeida forskrift og reitleiingar til hjelp for etableringa av internkontrollen. Internkontrollplikt skal sikre at lovpålagte oppgåver blir gjennomført.

Kommunen har ansvar for at det blir utvikla heilskaplege tiltak for barn og unge og for å vidareutvikle samarbeidet mellom institusjonar og organisasjonar som arbeider for og med barn og unge. Dette gjeld blant anna helsestasjonar, barnehagar, skular og ulike private frivillige organisasjonar, og det gjeld ikkje minst samarbeid mellom forvaltningsnivåa med det statlege barnevernet, Bufetat, og barne og ungdomspsykiatrien.

Kommunale oppgåver	Kjelde	Pålegg
a) Kommunen skal gå gjennom meldingar, utføre undersøkingar og setje i verk tiltak innan fristane i lova.	<u>Lov om barnevernstenester</u> § 6-9. <u>Forskrift om fylkesmannen sin heimel til å påleggje kommunar og fylkeskommunar mulkt ved overskriding av fristane</u> (16.12.92)	X
b) Når barnevernstenesta har sett i verk hjelpetiltak eller overteke omsorga for eit barn, skal kommunen følgje opp barne/familien, og m.a. lage tiltaksplan eller omsorgsplan.	<u>Lov om barnevernstenester</u> §§ 4-5, 4-15, 3. ledd og 4. ledd 4-16, og 4-28	X
c) Kommunen skal godkjenne fosterheimar, følgje opp og føre tilsyn med barn plasserte i fosterheim.	<u>Lov om barnevernstenester</u> § 4-22 <u>Forskrift "Om fosterheim"</u> av 18.12.03 og <u>retningslinjer fra BFD</u> av 15.07.04	X
d) Kommunen skal syte for nødvendig kompetanse og personell for å løyse oppgåvene etter barnevernlova	<u>Lov om barnevernstenester</u> § 2-1 siste ledd	X
e) Endringar i barnevernlova. Stortinget vedtok 19. juni 2009. Endringane er viktige for kommunesektoren. Endringane vart sett i verk på ulike tidspunkt, dei fleste frå 1. juli 2009, nokre frå 1. januar 2010.	<u>Ol. prop. nr. 69 og her (2008-2009) Om lov om endringar i barnevernlova</u>	X

1) Barnevernstenesta har lovfasta plikt til å utarbeide individuell plan for barn med behov for langvarige og koordinerte tiltak eller tenester, sjå § 3-2a. Endringa vart sett i verk, januar 2010.	X
2) Det er ei lovfasta plikt for barnevernstenesta å evaluere tiltaksplanar om hjelpetiltak regelmessig, i verk 1. juli 2009.	X
3) Barnevernstenesta har ei lovfasta plikt til å gi tilbakemelding til den som har gitt melding til barnevernstenesta. § 6-7a. Endringa vart sett i verk 1. juli 2009.	X
4) Barnevernstenesta har ei lovfasta plikt til å grunnleggje opphør av tiltak ved fylte 18 år eller avstog på søknad om tiltak etter fylte 18 år ut frå omsynet til kva som gagnar barnet best	
5) Oppretting av BARNESAKKYNDIG kommisjon ordninga vart sett i verk 1. januar 2010, her For kommunesektoren inneber ordninga at barnevernstenesta har eit ansvar for å sende rapportar frå sakkunnelege som er engasjerte av barnevernstenesta til BARNESAKKYNDIG kommisjon. Barnevernlova § § 2-5 o 4-3 ferdte ledd, samt Ot. nr. 68 (2007-2008).	X

6-2 Foreldrerettleiing

Kommunale oppgåver	Kjelde	Pålegg
a) Kommunen bør opprette/oppretthalde koordineringsgruppe for foreldrerettleiing på tvers av ulike faginstansar. sjå nettsida: http://www.foreldreveilegning.dep.no/	<u>Rundskriv Q-595 og Q-597</u>	

7 Barnehage, grunnskole og vaksenopplæring

Barnehagar

Barnehagen er ei pedagogisk verksemd som gir barn under opplæringspliktig alder gode høve til utvikling og aktivitet. Frå 1. august 2010 tek den endra føremålsparagrafen til å gjelde. Kommunane i Rogaland har med god utbygging dei siste åra sikra at alle som har rett til det, får tilbod om barnehageplass.

Når alle er sikra plass, vil søkjelyset i større grad flyttast til kvaliteten i barnehagetilbodet. Det skal vere likeverdig og høg kvalitet i alle barnehagar, og barnehagen skal styrkjast som læringsarena og vere ein stad med eit inkluderande fellesskap for alle barn. Kommunane i Rogaland slit med å skaffe nok førskolelærarar, og det er mange dispensasjonar frå utdanningskravet. Med høg vekst i folketallet framover utgjør dette ei stor utfordring for kommunane.

Kommunen er lokal barnehagemynd og skal reileie og sjå til at barnehagane blir drivne i samsvar med gjeldande regelverk. Kommunen er såleis sentral i arbeidet med å sikre kvaliteten i barnehagen.

Finansieringssystemet for barnehagane er vedtatt endra, og zyremerkte statslitskott blir innlemma i famnslitskottet til kommunane frå 2011. Dei nasjonale forskriftene for likeverdig behandling av kommunale og ikkje-kommunale barnehagar blir fastsett hausten 2010. Alt frå 1. august skal kommunane si minnansforpliktning til dei ikkje-kommunale barnehagane aukast frå 85% til 88% av det tilsvarande kommunale barnehagar mottar i offentlig finansiering.

Fylkesmannen disponerer 3 065 000 kr i kompetanseutviklingsmidlar til kommunane i Rogaland i 2010. Midla er fordelt etter nøkkeltal og på grunnlag av innsende planar frå kommunane. I tillegg blir det fordelt snau 1 500 000 kroner i utviklingsmidlar og språkstimuleringsmidlar.

Grunnoppplæringa

Grunnskolen byggjer på prinsippet om likeverdig og tilpassa opplæring for alle i eit inkluderande fellesskap. Dette er også stadfesta i føremålsparagrafen i § 1-1 i [Opplæringslova](#).

Kunnskapsløftet er innført både i grunnskole og i vidaregåande opplæring. Grunnleggjande ferdigheiter, inkludering, meistring og gjennomføring er sentrale mål. Evalueringsrapportar og anna forskning tyder på at reformane enno ikkje har fått ønskt effekt.

Fag- og timetotal for grunnskolen er seinast revidert i Udir 8-2010. Frå og med skoleåret 2010/11 blir timetallet for 1.-7. årsteg samla sett auka med ein time per veka. Den ekstra timen skal brukast til opplæring i dei faga og på det frimnet skoleleigar etter lokale tilhøve meiner det er størst behov. Det blir også innført ei ordning med gratis leksehjelp for 1.-4. årsteg frå og med skoleåret 2010/11. Vi minner elles om at kommunane frå og med 01.08.09 har plikt til å sikre tidleg innsats i faga norsk og matematikk på 1.-4. årsteg. Innsatsen skal rettast mot elevane med låg kompetanse i lesing og rekning, mellom anna ved auka lærartettleik. Målet er at dei svakeste elevane skal få eit fagleg løft.

Det er elles sett i verk fleire sentralt initierte forsøk, m.a. eit forsøk med 2. framandspråk for 6.-7. årsteg og eit forsøk med arbeidslivsfag. Utdanningsdirektoratet gjennomfører også eit stort prosjekt knytt til elevvurdering, "Vurdering for læring". Kommunar i Rogaland er med både i forsøka og i dette prosjektet (sjå [nettsida vår](#) for meir informasjon).

Som skoleleigar har kommunen plikt til å ha eit forsvarleg system for vurdering av om kreva i opplæringslova og forskriftene til lova blir oppfylte, og til å ha eit forsvarleg system for å følgje opp resultatane frå desse vurderingane og nasjonale kvalitetsvurderingar som departementet gjennomfører med heimel i § 14-1 fjerde ledd. Som ein del av oppfølgingsansvaret er det innført plikt til å utarbeide ein årlig rapport om tilstanden i grunnoppplæringa knytt til læringsresultat og læringsmiljø. Rapporten skal drøftast av kommunesstyret.

Å sikre eit godt og trygt læringsmiljø vil fremje læringsresultatet. Det nasjonale tilsynet i 2010 og 2011 vil vere retta mot elevane sitt psykosiale læringsmiljø, jf. § 9A-3 i opplæringslova. Det er nyleg sendt ut eit nytt rundskriv, [Udir-2-2010](#) Retten til et godt psykososialt miljø etter opplæringslova § 9A.

Det er inngått avtale mellom staten, skoleleigarane, arbeidstakarorganisasjonane og lærarutdanningsinstitusjonane om eit system for vidareutdanning for lærarar. Avtalen inneber at skoleleigarane kan søkje om gratis studieplassar og få statleg støtte til 40% av vikarutgiftene. Det kan dessutan søkjast om støtte til etterutdanning. I 2010 fekk Rogaland 11,65 mill kr til dekkning av vikarutgifter og 8,1 mill til etterutdanning innanfor dei prioriterte områda vurdering, leseopplæring, rekneopplæring, rådgiving og fag- og yrkesopplæring.

Barn, unge og vaksne med minoritetsbakgrunn

Barn med minoritetspråkleg bakgrunn kan ha rett til særskilt norskopplæring med heimel i § 5-7 om spesialpedagogisk hjelp dersom barnet eller ei konkret vurdering har særleg behov for slik hjelp. Elevane i grunnskolen kan ha rett til både særskilt norskopplæring, tospråkleg fagopplæring og morsmålsopplæring. Før det blir gjort vedtak om slik opplæring, skal eleven sin dugleik i norsk kartleggast, jf. § 2-8 i opplæringslova. Også elevane i vidaregåande opplæring har slik rett etter § 3-12 i opplæringslova.

"Lov om introduksjonsordning for nyankomme innvandrere" (introduksjonslova) vart gjort gjeldande frå og med 1. september 2004. Introduksjonsprogrammet har som mål å gi grunnleggjande dugleik i norsk, grunnleggjande innsikt i norsk samfunnsliv og førebu nykomne innvandrarar til deltaking i yrkeslivet eller i det ordinære utdanningssystemet. Fylkesmannen er klageinstans.

Opplæringsstilbodet til minoritetspråklege barn, unge og vaksne er nyleg vurdert av eit regjeringsoppnemnt utval, Østbergutvalet, som la fram utgreiinga si i [NOU 2010:7 Mangfold og mestring](#) 1. juni. Utgreiinga er no på høyring med høyringsfrist 1. november (sjå http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing---nou-20107-mangfold-og-mestring_.htm?id=609664).

Vaksenopplæring

Kommunane har ansvar for å tilby grunnskoleopplæring til vaksne som treng slik opplæring. Opplæringa skal tilpassast behovet til den enkelte. Opplæringa og undervisningsmaterialet skal vere gratis. Den vaksne har også rett til rådgiving for å få kartlagt opplæringsbehova sine. Ny [lov om vaksenopplæring](#) gjeld frå 1. januar 2010 og regulerer læringsaktivitetar ved sida av det formelle utdanningssystemet.

7-1 Barnehagen

Kommunale oppgaver	Kjelde	Pålegg	Tilskot
a) Kommunen skal oppfylle retten til barnehageplass.	Lov om barnehagar § 8, 2. ledd, jf. § 12a	X	Drifts- og investeringstilskot Tilskot til faste plassar i mellombels barnehagelokale Overgang til rammetilskot frå 01.01.2011
b) Kommunen skal ha ei maksimalgrense for foreldrebetalinga i barnehagane og ordningar med redusert foreldrebetaling og saksenmoderasjon.	Lov om barnehagar § 15a og forskrift om foreldrebetaling i barnehagar.	X	Skjønsmidlar. Overgang til rammetilskot frå 1. januar 2011
c) Kommunen skal leggje til rette for ein samordna prosess for opptak av barn til alle godkjende barnehagar.	Lov om barnehagar § 12 og forskrift om saksbehandlingsreglar ved opptak	X	
d) Kommunen skal sørge for at alle godkjende barnehagar mottar offentlege tilskot på ein samla sett likeverdig måte.	Lov om barnehagar § 14 og forskrift om likeverdig behandling	X	Skjønsmidlar. Overgang til rammetilskot frå 1. januar 2011
e) Kommunen skal sikre kvaliteten i barnehagane gjennom godkjenning og systematisk tilsyn.	Lov om barnehagar § 8 og 16.	X	Kvalitetsmidlar
f) Kommunen skal sikre eit heilskapleg barnehagetilbod med god kvalitet og tilpassa lokale behov. Kommunen skal utvikle og gjennomføre planar for kompetanseutvikling for private og kommunale barnehagar.	Lov om barnehagar § 2 og Strategi og kompetanseutvikling i barnehagesektoren 2007-2010.	X	Kompetanse-utviklingsmidlar
g) Kommunen skal sjå til at barn under opplæringspliktig alder med særlege behov for spesialpedagogisk hjelp, får slik hjelp.	Opplæringslova § 5-7	X	

7-2 Grunnskolen

Kommunale oppgaver	Kjelde	Pålegg	Tilskot
a) Kommunen har ansvaret for at krava i opplæringslova blir oppfylte og for å stille nødvendige ressursar til disposisjon. Kommunen skal ha eit forsvarleg system for kvalitetsvurdering og for å følgje opp resultatane frå egne og nasjonale vurderingar. Kommunen skal utarbeide ein årlig rapport om tilstanden i grunnskoleopplæringa. Rapporten skal gjelde læringsresultat og læringsmiljø, men også anna som kommunen finn høveleg. Rapporten skal drøftast av kommunestyret.	Opplæringslova § 13-10 Udir-8-10	X	

b) Kommunen skal sikre at alle elevar får opplæring i eit godt fysisk og psykososialt miljø som fremjar helse, trivsel og læring. Det skal leggast vekt på tiltak for å førebygge mobbing og vold, rusmisbruk og rasisme. Tilsatte i skolen har plikt til å gripe inn om dei får kjennskap til, eller mistanke om, at ein elev blir utsatt for mobbing, diskriminering, vold eller rasisme.	Opplæringslova kap 9a Forskrift om milljøretta helsevern i barnehagar og skolar. Udir-2-2010 – Retten til et godt psykososialt miljø etter opplæringslova kap 9a Manifest mot mobbing	X	
c) Kommunen skal sørge for at elevane er delte inn i grupper etter behov. Gruppene må ikkje vere større enn det som er pedagogisk og tryggleiksmessig forsvarleg. Organiseringa skal vareta elevane sitt behov for sosialt tilhøyr. Til vanleg skal organiseringa ikkje skje etter fagleg nivå, kjønn eller etnisk tilhøyr.	Opplæringslova § 8-2	X	
d) Kommunen skal sikre tidleg innsats i faga norsk og matematikk på 1.-4. årssteg. Innsatsen skal rettast mot elevar med låg kompetanse i lesing og rekning, mellom anna ved auka lærarettleik. Målet er at dei svakestele elevane skal få eit fagleg løft.	Opplæringslova § 1-3 Udir-8-2010	X	
e) Kommunen må sørge for at timetallet blir utvida med ein time for 1.-7. årssteg og fastsette kva for steg og fag timen skal brukast til.	Udir-8-2010	X	
f) Kommunen skal sørge for at elevar på mellomsteget (5.-7. årssteg) får rett til fysisk aktivitet	Opplæringslova § 2-3 Udir-8-2010	X	
g) Kommunen skal ha skolefagleg kompetanse i kommuneadministrasjonen over skolenivået.	Opplæringslova § 13-1	X	
h) Kommunen skal syte for at personalet i grunnskoleopplæringa har kompetanse som sikrar elevene tilpassa opplæring med høve til å utvikle evner og talent i samsvar med Kunnskapsløftet.	Opplæringslova §§ 10-1 og 10-8 Kompetanse for kvalitet. Strategi for vidareutdanning av lærarar.	X	Gratis studieplassar og midlar til dekking av vikarutgifter. Midlar til etterutdanning
i) Kommunen skal sørge for at den offentlege grunnskoleopplæringa er gratis	Opplæringslova § 2-15. Rundskriv Kunnskapsdepartementet F 14-03	X	
j) Kommunen må sikre at den nye vurderingsforskrifta blir følgd frå 01.08.2009.	Forskrift til opplæringslova kap 1A	X	
k) Kommunen må sikre at alle elevar i 1-4. trinn får tilbod om leksehjelp. Retningslinjer blir klare til skolestart		X	

7-3 Barn, unge og voksne med minoritetsbakgrunn

Kommunale oppgaver	Kjelde	Pålegg	Tilskot
--------------------	--------	--------	---------

a) Kommunen skal gi elevvar i grunnskolen med anna mormål enn norsk og samisk, særskild norskopplæring og, om nødvendig, tospråkleg fagopplæring og mormålsopplæring til dei har tilstrekkelege kunnskapar til å følgje den vanlege opplæringa i skolen.

Før vedtak om særskilt språkopplæring skal kommunen kartlegge kva dugleik elevane har i norsk. Slik kartlegging skal også utførast undervegs i opplæringa for elevvar som får særskild språkopplæring eller føresegna, som grunnlag for å vurdere om elevane har tilstrekkeleg dugleik i norsk til å følgje den vanlege opplæringa i skolen.

b) Kommunen skal gi grunnskoleopplæring til barn og unge i statelege asylmottak.

c) Kommunen har ansvar for å tilby introduksjonsordning for vaksne nykomne innvandrarar. Ordninga skal gi grunnleggjande opplæring i norsk, innsikt i norsk samfunnsliv og førebu for deltaking i yrkeslivet. Kommunen får tilskott etter overgangsordninga for innvandrarar som fekk opphaldslyve før 1. september 2005. For dei som har fått opphaldslyve etter denne dato, får kommunane tilskott per capita. I tillegg inneheld ordninga grunnfittskott til kommunar med personar i målgruppa og tilskott etter bestått norskprøve (resultattilskott).

Opplæringslova §§ 2-1 og 2-8
Rundskriv Udir-5-2008

Seertilskot kap 225 post 64
Seertilskot kap. 822, post 60
(Tilskott til opplæring i norsk og samfunnskunnskap for vaksne innvandrarar og norskkopplæring for asylsøkarar i mottak)

7-4 Vaksenopplæring

Kommunale oppgaver	Kjelde	Pålegg	Tilskot
--------------------	--------	--------	---------

a) Kommunen skal sikre at vaksne som har rett til grunnskoleopplæring, får opplæring i samsvar med gjeldande lovverk.

Opplæringslova kap 4A
Forskrift til opplæringslova Kap 4 (unntatt del som gjeld videregående opplæring; § 4-23, 4,26 tom 4-28 og 4-34 tom 4-37)

b) Kommunen og fylkeskommunen kan nytte studieforbund, godkjende nettskolar og andre som gir tilbod om grunnskoleopplæring og vidaregåande opplæring, for å oppfylle plikta til å gi opplæring til vaksne.

Opplæringslova § 4A-4
andre ledd

8 Helse- sosial- og omsorgstenester

Alle i fylket skal sikrast tilgang på offentleg styrte helse-, sosial- og omsorgstenester. Målet er at kommunen med sine eigne tilpassingar, får til ei hellekopleg teneste i sitt område. I samband med dette viser vi til at det er lovpålagt med internkontrollsystem innan helsestenesta, og deler av sosialtenesta, og det vil bli sett fokus på dette i tilsyn, jf. forskrift om internkontroll i sosial- og helsestenesta frå 1.1.2003. Utbygging av eit internkontrollsystem i kommunane gjer at det blir silt krav til styring av tenester. Det er mellom anna naudsynt å sikre samarbeid mellom legetenesta/heimeshjelpetjesta og anna helse- og sosialteneste til dei brukarane som har store og samansette behov for tenester. Ein viser til felles forskrift om "individuelle planar" som gjer at helse, sosial, skole og andre tenesteytarar må seje seg saman for å gi ein-skilde pasientar eit samordna tilbod. Plikta ligg både på kommunen og dei spesialiserte tenestene frå føretak. (R.skr. L17(2004)).

8-1 Barn og helse

Kommunale oppgaver	Kjelde	Pålegg
--------------------	--------	--------

Kommunane bør nytte helsestasjonen som eit knutepunkt for førebyggjande arbeid for barn og unge 0-20 år

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetenesten, av 3. april 2003

Plikt til å følge opp barn av pasienter ifølge helsepersonellova § 16 skal verksemdar som gjev helsehjelp, herunder kommunar, organiseraast slik at helsepersonellet er i stand til å halde dei lovpålagde pliktene sine.

Helsepersonellova § 16
Helsepersonell fekk ved lov 19. juni 2009 nr. 70 nye plikter overfor barn som påtørrende.

Helsepersonell skal ifølge ny helsepersonellov § 10 a "bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreføreige barn og pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand".

Helsepersonellova § 10 a
Helsedirektoratet er i ferd med å utarbeide rundskriv.

8-2 Rusmiddelområdet

Artskriftet 2006/2007 ta regjeringa fram ein nasjonal opptrappingsplan på tusområdet. Eit sentralt tiltak for å sikre god samordning er bruk av kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan. Det er eit mål at alle kommunar skal utarbeide slike planar med fokus på risikoutsette barn og unge og på auka kvalitet og kompetanse både i førebygging og i tenestene for rusmiddelavhengige.

Kommunale oppgaver	Kjelder	Pålegg	Tilskot
a) Kommunen bør sette i verk tiltak for å styrke kompetansen når det gjeld arbeidet med rusmiddelproblem. Dette gjeld både tilbod om opplæring til ufaglærte og å legge til rette for at tilsette kan ta relevante vidareutdanningar.	<u>IS-1/2010</u> Frå <u>Helsedirektoratet</u> ; <u>Nasjonale mål og hovudprioriteringar 2010</u> 2.3.2.1		rustilskot
b) Kommunen bør legge vekt på eit heliskapleg tenestetilbod saman med spesialisthelsetenesta.	<u>IS-1/2010</u> Frå <u>Helsedirektoratet</u> ; <u>Nasjonale mål og hovudprioriteringar 2010</u>		rustilskot
c) Kommunen bør identifisere barn av og pårørende til rusmiddelmissbrukarar og vurdere om desse har hjelpebehov.	<u>IS-1/2010</u> Frå <u>Helsedirektoratet</u> ; <u>Nasjonale mål og hovudprioriteringar 2010</u> 2.3.2.1		rustilskot
d) Kommunen bør ha eit tenesteapparat som er tilgjengeleg for unge som har særleg risiko for å utvikle rusmiddelproblem	<u>Opptrappingsplanen for rusfeltet</u>		
e) Kommunen skal syte for at fleire brukarar får individuell plan med heliskapleg oppfølging før, under og etter opphald i institusjon eller fengsel	<u>Sosialtenestelova og forskrift om individuell plan</u>	X	
f) Kommunen vert oppmoda om å delta i forsøk med koordinerte tillitspersonar	<u>Opptrappingsplanen for rusfeltet</u>		
g) LAR-behandling Kommunen skal ha eit heliskapleg tilrettelagt tenestetilbod til LAR- pasientar. Ny forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskrifta) vart sett i verk 1. januar 2010 med mellom anna reviderte føresetnader for bruk av ordninga.	<u>Forskrift 18. desember 2009 nr. 1641 om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskrifta)</u>	X	
h) Kommunane vert oppmoda om å etablere lavterskel helsetenestetilbod til rusmisbrukarar.			
i) Det er vedteke at tilskotet til kommunalt rusarbeid over kapittel 763,post 61 på statsbudsjettet gradvis skal fasaast over til ei finansiering av årsverk. Innsatsen i kommunane bør tilpassast lokale forhold, og			

kan til dømes skje i form av oppfølgings-tenester i bustad/heimetenester, støttekontakt/ tillitsperson, aktivisering, lokalmedisinske sentra og ulike typar akutttilbod.

8-3 Pleie og omsorg

Omsorgsplan 2015

I St.meld. nr. 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening", Framtidas omsorgsutfordringer", har regjeringa lagt fram sine strategiar for å møte framtidige omsorgsutfordringar. Desse strategiane vert kalla Omsorgsplan 2015. Ein legg til grunn at det er naudsynt med langsiktig planlegging av tenestetilbodet i pleie- og omsorgstenesta, mellom anna når det gjeld kompetanseutvikling og personellinnsats, utdanningskapasitet, bygningsmessige investeringar og tilrettelegging av fysiske og sosiale omgivnader. Planarbeidet må gjerast både i kommunane og på statleg nivå, og me oppmoder kommunane til å lage konkrete planar for korleis utfordringane i pleie- og omsorgstenesta skal løysast.

Omsorgsplan 2015 vil vera grunnlaget for dei statlege satsingane i dei kommunale omsorgstenestene framover. For meir informasjon om Omsorgsplan 2015 viser me til rundskriv IS-1/2010 – "Nasjonale mål og hovudprioriteringar og tilskudd for 2010" frå Helsedirektoratet og Fylkesmannen si nettside.

Omsorgsplan 2015 består av fleire delplanar og satsingsområde, mellom anna:

- Kompetanseløftet 2015 er ein kompetanse- og rekrutteringsplan og vert omtala i St.meld. nr. 25 (2005-2006). Kompetanseløftet 2015 har som mål å skaffe tilstrekkeleg personell og naudsynt fagkompetanse til den kommunale omsorgstenesta og omfattar fleire konkrete tiltak. Tilskott til kompetanseheving og rekruttering: Kommunane kan søke om tilskott for å sefje i verk tiltak for å møte framtidige utfordringar knytt til kompetansebehov og kompetanseutvikling. For meir informasjon, mellom anna om kriteri for tildeling, viser me til Fylkesmannen sine heimesider.
- Investeringstilskott til sjukeheimar og omsorgsbustader
Kommunane kan nå søka om investeringstilskott til bygging eller utbering av sjukeheimar og omsorgsbustader for personar som har behov for heidøgns pleie- og omsorgstenester. Husbanken sine regionkontor vil sakshandsama søknadar frå kommunane og tildele investeringstilskotet etter tilråding frå Fylkesmannen. Førebels søknad kan no sendas til Husbanken via Husbanken sitt Ekstranett.
- Demensplan 2015 "Den gode dagen" er ein delplan til Omsorgsplan 2015 og er direkte oppfølging av St. meld. Nr. 25. Ein ser at tallet på personar med demenssjukdom vil auke kraftig i åra som kjem, og dagens omsorgsteneste er ikkje i tilstrekkelig grad tilrettelagt for denne gruppa. Viktige satsingsområde i Demensplan 2015 er utredning av demenssjukdom, som krev systematisk arbeid i kommunane og godt samarbeid med spesialisthelsetenesta, dagtilbod til personar med demens og opplæring og støtte til pårørende til menneske med demenssjukdom.

Pleie- og omsorgstenester

Kommunale oppgaver	Kjelde	Pålegg
a) Kommunen skal sikre kvaliteten i pleie- og omsorgstenesta i samsvar med formål og forskrift	<u>Kommunehelsesteneste-lova</u> <u>Sosialtenestelova</u> <u>Forskrift om Kvalitet i pleie- og omsorgstenesta som trådte i kraft 1. juli 2003</u>	X
b) Kommunen skal ha eit internkontrollsystem for helsestenestene og for ytingane etter sosialtenestelova kap 4 og 4A	<u>Forskrift av 20. desember 2002 om internkontroll i sosial- og helsestenesten</u>	X
c) Kommunen skal vurdere bruk av personlege assistentar til funksjonshemma	<u>Sos.fil. § 4-2 A (endra ved lov 14.04.2000)</u> <u>Rundskriv 1-20/2000</u>	X
d) Kommunane skal registrere opplysningar om personar som mottok eller har søkt om kommunale helse- og sosialtenester og sende opplysningane inn til det sentrale IPLOS-registeret.	<u>Lov om helseregister og behandling av helseopplysningar</u> <u>Forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgstatistikk</u> <u>IS-1112.NN — IPLOS</u> — Rettleiar for personell i kommunale helse- og sosialtenester	X

8-4 Ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV)

NAV-reforma er ei stor utfordring for kommunane i tida framover, som vil krevje både omstilling og nytenking. Den einskilde kommune må ta stilling til kva for kommunale tenester som skal leggjast inn i NAV-kontoret, og det må utarbeidast avtale mellom den nye statsstaten og kommunen om oppretting av NAV-kontor. For å få dette til, er det viktig at kommunen har ein god dialog med statsstaten, og at det vert sett av tid og ressursar til felles kultur- og kompetansebygging. Det er viktig at kommunen har et særleg fokus på at brukarane får helsekapelege og samordne tenester etter at deler av tenestene er lagt til NAV/kontor. Det er nå vedtatt at alle NAV kontor skal kunne tilby kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad, jf. endringar i sosialtenestelova den 26.10.07, som blei satt i verk den 01.11.07. Kvalifiseringsprogrammet er et kommunalt ansvar, og forvaltninga av programmet er lagt til dei lokale NAV-kontora. Formålet med kvalifiseringsprogrammet er å få fleire i arbeid gjennom teltare og meir forpliktande bistand og oppfølging. Ordninga gjeld for personar i yrkesaktive alder med vesentleg nedsett arbeids- og inntektsevne, og med få eller ingen ytingar frå folketrygda. NAVkontora plikter å tilby kvalifiseringsprogram/-stønad til personar som fyller vilkåra for å delta i programmet. Kvalifiseringsprogrammet skal vere individuelt tilpassa den einskilde sine behov. Kommunane får øyremerka statlege tilskot til dette formålet, og må rapportere om bruk av midlane.

Kommunale oppgaver	Kjelde	Pålegg	Tilskot
a) Ny lov gjeld frå 1. januar 2010 og regulerar dei obligatoriske kommunal tenestene i NAV-kontora. Det gjeld i hovudsak 1) økonomisk stønad 2) kvalifiseringsprogram 3) mellombeils butlibod Frå same tidspunkt er her 5. kapittel 5 og kapittel 5A i sosialtenestelova frå 1991 oppheva. Lova pålegg kommunen å føre internkontroll med forvaltninga av tenestene.	<u>Lov av 2009-12-18 nr. 131 om sosiale tenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.</u>	X	
8-5 Turnuskandidatar i kommunehelsestenesta			
Kommunale oppgaver	Kjelde	Pålegg	Tilskot
Situasjonen er endra når det gjeld mottak av turnuskandidatar i kommunane. Frå 2005 har vi flere kandidatar som skat ut i kommuneturnus enn det kommunane har meldt behov /økonomi for. Dette gjeld både lege- og fysioterapeutkandidatar. Kommunane må derfor bu seg på at det kan komme pålegg om mottak av turnuskandidatar. Kommunen har ansvar for å sjå til at turnuskandidatane får forsvarleg reitleiing etter forskrifta.	<u>2000-12-21 nr 1382 : (HOD) Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for helsepersonell.</u> <u>2001-12-20 nr 1549 : (HOD) Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege.</u>	X	
	<u>Rundskriv om turnustjenesten for leger</u> <u>Retningslinier for praktisk tjeneste (turnustjeneste) for fysioterapeuter</u> <u>Tilskudd til turnustjeneste for leger i kommunehelsestenesten.</u>		X
8-6 Legemiddelhandtering			
Kommunale oppgaver	Kjelde	Pålegg	Tilskot
Ny forskrift om legemiddelhandtering trådte i kraft 1. mai 2008. Den nye forskrifta skal sikre god legemiddelhandtering til pasientar.	<u>Forskrift om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp</u>	X	

8-7 Psykisk helse

I hovudsak er dei øyremerka tilskota frå opptrappingsplan for psykisk helse frå og med 2009 innlemma i rammetilskotet.

Kommunale oppgaver	Kjelde	Pålegg	Tilskot
Tilbod til personar med særleg omfattande tenestetilbod	<u>IS-1/2010 Nasjonale mål, hovudprioriteringar JF Rapport: IS-1554</u>		Utlyste midlar frå Helse- direktoratet
Kommunane er i samarbeid med spesialisthelsetenesta, oppfordra til å etablere ambulante tenester (ACT-team), samt forpliktande samarbeidsmodellar	<u>IS-1/2010 Nasjonale mål, hovudprioriteringar</u>		Øyremerka tilskot held fram i 2010
Vidareutdanning i psykisk helsearbeid og / eller psykososialt arbeid med barn og unge, for kommunalt tilsette med høgskolekompetanse	<u>IS-1/2010 Nasjonale mål, hovudprioriteringar JF Rapport: IS-1565</u>		Utlyste midlar frå Helse- direktoratet.
Kommunane vert stimulert til å tilsetja psykologar i den kommunale helsetenesta	<u>Eigen rettleiar IS-1512</u>		
Auka brukarmedverknad og styrking av pårønderolla	<u>IS-1/2010 Nasjonale mål, hovudprioriteringar JF Rapport: IS-1554</u>	X	
Kommunen skal fanga opp og gi oppfølging til utsette barn og unge, så som barn av psykisk sjuke og rusmisbrukarar, samt barn i asylmottak	<u>IS-1/2010 Nasjonale mål, hovudprioriteringar JF Rapport: IS-1554</u>	X	
Kommunen sitt psykiske helsearbeid må stå i samanheng med satsinga på rusfeltet og det kommunale folkehelsearbeidet	<u>IS-1/2010 Nasjonale mål, hovudprioriteringar JF Rapport: IS-1554</u>	X	
Kommunane skal for 2009 rapportere på skjemaet "Kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid". Skjemaet er ei vidareutvikling av rapporteringsskjema 2 for 2007 og 2008. Det er gjort enkelte endringar frå tidlegare rapportering. Tal spørsmål er betydeleg redusert og det elektroniske rapporteringsskjemaet er gjort meir brukarvenleg.	<u>IS-24/2009 --- Psykisk helsearbeid i kommunane --- rapportering for 2009</u> <u>Helsedirektoratets rundskriv IS-24</u>	X	

8-8 Kommunale Kriresenter

Kommunale oppgaver	Kjelde	Pålegg	Tilskot
Kriresentrelova inneber at kommunane har ei lovpålagt plikt til å sørje for eit kriresentertilbod til kvinner, menn og barn som er utsette for vald eller truslar om vald i nære relasjonar. Tilbodet skal gi brukarane støtte, rettleiing og hjelp til å kontakke med andre delar av tenesteapparatet og skal omfatte: 1) eit kriresenter eller tilsvarende gratis, heilårs, heildøgns, trygt og meilombels butilbod 2) eit gratis dagtilbod 3) eit heilårs og heildøgns tilbod der personar kan få råd og rettleiing per telefon 4) oppfølging i reetableringsfasen. Lova inneheld eit krav om individuell tilrettelegging av tilbod, samordning av tenester og internkontroll. Vidare gjev lova reglar for tereplikt, opplysningar til barneverntenesta og politiattest. Fykesmannen skal føre tilsyn med at kommunane oppfyller pliktene pålagde etter utvalde paragrafar i lova.	<u>Lov av 19. juni 2009 nr. 44 om kommunale kriresentertilbod</u> Les meir her og (kriresentertilboda), tok til å gjelde frå 1. januar 2010, jf. O.L.p.d. nr. 96 her <u>Om lov (2008-2009) om kommunale kriresentertilbod (kriresentertilboda).</u>	X	

8-9 Folkehelse og miljøretta helsevern

Folkehelsearbeid er den samla innsatsen i samfunnet for å styrkje det som fremjer og held ved like god helse i befolkninga. Saman med godt kunnskapsgrunnlag og brei lokal mobilisering, er god forankring i kommuneplanar viktig for eit meir systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Eit rekkje strategi- og handlingsplanar gjev røringar for arbeidet, sjå IS-1/2010 for nærare omtale. Folkehelsearbeidet må ha som overordna mål å jamne ut sosial ulikskap i helse. Fykeskommunen er pådrivar for partnarsskap for folkehelse og har egne midlar til dette arbeidet.

Kommunale oppgaver	Kjelde	Pålegg	Tilskot
a) Kommunen skal utvikle internkontrollsystem for tenester innan miljøretta helsevern.	<u>Forskrift om miljøretta helsevern av 25. april 2003</u>	X	
b) Kommunane er pålagt å utarbeide konsekvensutgreiingar.	<u>Forskrift av 2009-06-26 nr. 855</u> <u>Om konsekvens utredningar Jf ny Plan- og</u>	X	

bygningslov

c) Folkehelse
 Kommunane skal arbeide aktivt for å betre folkehelse i tråd med nasjonale føringer og kommunen sine egne utfordringar. Folkehelsearbeidet skal realiseres gjennom to ulike hovedspor:
 1) Det brede folkehelsearbeidet med innsats i en rekke samsfunnssektorer

Lov om helsefremmelse i kommunen §§ 1-2 og 1-4

X

IS-1/2010 Nasjonale mål og hovedprioriteringar 2010

St.meld. nr. 16 (2002-2003. Resept for et sunnere Norge

St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

Nasjonal strategi for det forebyggende arbeid 2006-2010

Folkehelse -midler frå fylkeskommunen

Handlingsplan for betre kosthold i befolkninga 2007-2011

St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

1) Forebyggjande helsestener, (se for øvrig avsnitt 8.10 Samhandling).

8-10 Samhandling

Kommunale oppgaver
 Hovudtrekk i St.melding 47
 Kommunen skal førebu seg på:
 Ny framtidig kommunerolle Førebygging og innsats tidleg i sjukdomsforløpet

Kjelde

St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Pålegg

1) IS-1/2010 Nasjonale mål.
 2) Hovudprioriteringar 2010

Hovudprioriteringar i 2010
 Oversikt over helsestilstand og viktige påverknadsfaktorar
 Styrking av helsestasjons- og skolehelsestene

- Etablering og utvikling av lavtersketilbod på levevandområdet
 Kommunane bør starte arbeidet med å førebu samarbeid med andre kommunar der det er naudsynt for å få løyst felles, kompetanse- og ressurskrevjande oppgaver særleg i pleie- og omsorgssektoren.

Nasjonal strategi for elektronisk samhandling 2008-2013
 Samspill 2.0 har eit mål om at alle kommunar i løpet av strategiperioden skal ha kome i gang med elektronisk samhandling internt, med fastlegane, med spesialisthelsetenesta og med offentlege etatar.

1) Samspill 2.0. Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013.

Kommunane vert oppfordra til å ta i bruk elektroniske pasientjurnalsystem innan pleie- og omsorgstenestene, knytte seg til Norsk Helsenett

Nasjonalt meldingsløft 2009-2010
 http://www.helsedirektoratet.no/refusjonsordninger/plikt til elektronisk_inn Sending av legeoppgjør, sykmeidinger og legeerklæringer 650364

I Prop. 1S (2009-2010) er det varslet 96 mill kroner til å utvikle lokalmedisinske senter og samarbeid om andre oppgaver, samt til utvikling av samarbeidsmodellar mellom helsefretak og kommunar for å styrke tilbodet til menneske med alvorlege psykiske og/eller rusrelaterte lidingar

8-11 Habilitering og rehabilitering

Kommunale oppgaver

Kjelde

Pålegg

Tilskot

Habilitering og rehabilitering skal inngå som ein del av det kommunale tilbødet	<u>Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.</u>	X
8-12 Sosiale tenester		
Kommunale oppgaver	Kjelde	Pålegg
Ny lov gjeld frå 1. januar 2010 og regulerer dei obligatoriske kommunale tenestene i NAV-kontora. Det gjeld i hovudsak økonomisk stønad, kvalifiseringsprogram og mellombels builbod. Frå same tidspunkt er her 5. kapittel 5 og kapittel 5A i sosialtenestelova frå 1991 oppheva. Lova pålegg kommunen å føre internkontroll med forvaltninga av tenestene.	<p>Lov av 2009-12-18 nr. 131 om sosiale tenester i arbeids- og velferdsforvaltning.</p> <p><u>forskrift om internkontroll av 20. desember 2002</u></p> <p><u>Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd til de sosiale tenestene i og utenfor NAV-kontorene for 2010</u></p> <p>I statsbudsjettet for 2007 la regjeringa fram <u>Handlingsplan mot fattigdom</u></p> <p>Rundskriv I-1/93, lov om sosiale tenester, I-34/2001 samt Rundskriv A-1/05</p> <p>Rundskriv I-1/93, lov om sosiale tenester, U-1/2004</p> <p>Lov om arbeids- og velferdsforvaltning § 14a om Vurdering av behov for bistand for å</p>	X
For å redusere ulikskap i levekår vil regjeringa jamne ut økonomiske og sosiale forskjellar og kjempa i mot fattigdom. Regjeringa vil føre vidare og styrker satsinga på tiltak mot fattigdom i 2010. Handlingsplanen er retta inn mot tre delmål:		Tilskot
1. Alle skal få høve til å komme i arbeid		
2. Alle barn og unge skal kunne ta del og utvikla seg		
3. A betre levekåra for dei vanskelegast stilte		
Tiltaka:		
a) Kommunen skal sikre eit forsvarleg nivå på sosiale tenester og økonomiske ytingar		X
b) Kvalifiseringsstønad		X
Ordninga med kvalifiseringsprogram og – stønad gjeld i alle kommunar frå 01.01.2010. Alle deltakarar i		X

kvalifiseringsprogram skal ha gått igjennom ei arbeidsevnevurdering. Bestemmelsen skal utøvast av både kommunalt- og statlege tilsette i NAV-kontoret. Det er kommunen som har ansvar for at NAV-kontoret kan tilby kvalifiseringsprogram til dei som fyller kriteria i lova

c) Mellombelse bu-tilbod viser til ny lov om kommunen sine pliktar Fylkesmannen skal føre tilsyn med at kommunen oppfyller pliktene sine

d) Kommunen har plikt til å gi råd/rettleiing til personar som har økonomiske problem.

e) Kommunen skal utarbeide individuell plan for den som har behov for langvarige og koordinerte tenester og som ønskjer slik plan.

f) Arbeidet med å førebyggje og bekjempe bustadløyse. Gode og trygge builbhøve legg til rette for gode oppvekstvilkår for barn og ungdom, samstundes som det gir vaksne eit viktig fundament for aktiv deltaking i samfunnslivet. Kommunane har hovudansvaret for at vanskelegstilte på bustadmarknaden får tilbod om eigen bustad medan staten sitt ansvar er å leggje til rette for dette arbeidet. Arbeidet med å førebyggje og bekjempe bustadløyse har hatt første prioritet innanfor Husbankens bustadssosiale arbeid i 2009. Dette vil halde fram i 2010.

beholde eller skaffe seg arbeid og rett til aktivtetsplan trer i kraft 01.02.10

Lov om sosiale tenester i arbeids- og velferdsforvaltninga kapittel 4, medrekna § 27 mellombelse builbod.

§ 4-1, jf. Gjeldsordningslova

Lov om sosiale tenester § 4-3 A Forskrift om individuell plan etter helselovgivninga og sosiallovgivninga av 23.12.04

U-10/2002 "På ver til egen bolig" – strategi mot bostedsløshet

8-13 Forebygging av kjønnslemlesting

Kommunale oppgaver	Kjelde	Pålegg	Tilskot
Tilbod om samtale og friviljug underlivsundersøking til jenter/kvinner med innvandrarbakgrunn.	Rundskriv 1-5/2009 - Forebygging av kjønnslemlestelse Rundskrivet vil bli revidert i 2010.	X	

8-14 Svangerskaps- og fødselsomsorg

Kommunale oppgaver	Kjelde	Pålegg	Tilskot
Oppløging av Jordmøntesta skal fortsett vere et kommunalt ansvar. Ansvar for følgjetenesta for gravide til fødeinsitjusjon er overført til dei regionale helseføretaka frå 1. januar 2010. Jordmøntesta skal utgreiast av Helseidrektoratet innan mai 2010 for å fremje forslag til tiltak for å styrke jordmøntesta både med omsyn til kapasitet og kvalitet. Kompetansen ved helseslasjonane skal styrkast for å gjennomføre naudsynte medisinske undersøkingar av nyfødde ved tidleg heimreise frå fødeavdeling.	St.meld. nr.12 (2008-2009) En gjeldelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barseiømsorg	X	

8-15 Personar med psykisk utviklingshemming

Kommunale oppgaver	Kjelde	Pålegg	Tilskot
Tal på registrerte personar med psykisk utviklingshemming pr.1 januar. 2009 utgjør ein del av grunnlaget for utreknigar av rammetildelinga i inntekssystemet for 2010. I inntekssystemet er det pr i dag 2 kriterium for personar med psykisk utviklingshemming: • tal på personar med psykisk utviklingshemming 0-15 år • tal på personar med psykisk utviklingshemming 16 år og over	IS-3/2010 — Oppløgg for registrering av tal for personar med psykisk utviklingshemming i kommunane IS-7/2010 — Kontroll av registrering av tall med psykisk utviklingshemma i kommunane	X	

Eige tundskriv varslar kontroll av

registrering av tal på menneske med psykisk utviklingshemming i kommunane.

9 Introduksjonslova

Introduksjonslova gjeld frå 1. september 2004 som obligatorisk ordning. Føremålet med lova er å gjere det lettare for nykomne innvandrare å delta i yrkes- og samfunnslivet, og å bli økonomisk sjølvhjelpete.

Fylkesmannen skal behandle klager etter introduksjonslova og gi nødvendig rettleiing til kommunane om bruken av lova.

Kommunale oppgaver	Kjelde	Pålegg	Tilskot
Kommunane får i samsvar med introduksjonslova plikt til å tilby eit introduksjonsprogram til nykomne innvandrare	Loav av 4. juli 2003 nr. 80 Om introduksjonsordning for nykomne innvandrare (introduksjonslova)	X	
	Forskrift 20. april 2005 nr. 341		
	Of. dir. nr 30 (2003-2004) om lov om endringar i introduksjonsloven og utlendingsloven		
	Rundskriv H-20/05 Lov om introduksjonsordningar for nykomne innvandrare		
	Forskrift 20. april 2005 nr. 973 om fravær og permisjon ved nyankomme innvandraras delteking i introduksjonsordninga.		
	Forskrift 2010-06-30		
	Vi gjer merksam på at lova er endra etter		

2003

10 Likestilling

Etter mellom anna likestillingslova er alle offentlege styresmakter pålagde å arbeide aktivt, målretta og planmessig for likestilling mellom kjønn. Plikta til å arbeide for likestilling gjeld såleis både for kommune og stat. I tillegg til dette har ein fått nye lover som krev systematisk arbeid for likestilling og mot diskriminering på ei rekke andre område. Dette inneber at kommunane på alle sine arbeidsområde skal arbeida aktivt for å fremje likestilling knytt til etnisitet, religion, funksjonsnedsetjing, seksuell orientering og kjønn.

I tillegg til aktivitetsplikt stiller likestillingslova krav om å gjere greie for den faktiske tilstanden når det gjeld likestilling i verksemda. For kommunal verksemd er dette presisert i [kommunelova § 48](#), nr. 5. Sjå også [likestillingslova § 1a](#).

Fylkesmannen skal følge opp likestillingsarbeidet mellom anna i tilsyns- og rettleiingsverksemd overfor kommunane.

Aktuelle lover og dokument:

- [Lov om likestilling mellom kjønnene. § 1 a](#)
- [O.l.p.r. nr. 6 \(2001-2002\) om endringer i likestillingsloven, jf. O.l.p.r. nr. 77 \(2000-2001\)](#)
- [Lov om kommuner og fylkeskommuner \(kommuneloven\), jf. § 48, nr. 5](#)
- [Lov om forbud om diskriminering på bakgrunn av etnisitet, religion m.v.](#)
- [Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne](#)
- [Arbeidsmiljølovens kap.13](#)

11 IKT

For å sikre god elektronisk samhandling internt i offentlige verksemd, mellom verksemd og med innbyggjarar og næringsliv, arbeider Fornyings-, administrasjons- og kyrkje- departementet med å fremme bruken av opne standardar i offentlig sektor. Dette har resultert i Referansekatalogen, som inneheld ein oversikt over forvaltningsstandardar som skal eller bør leggjast til grunn for offentlige IT-system.

Forskrift om obligatoriske IT- standardar i offentlig sektor pålegg alle norske kommunar å følgje dei same krava som statlig sektor til nå har vært pålagt gjennom Referansekatalogen. Kommunale verksemd er bli gjennom forskrift om obligatoriske IT- standardar frå 1. januar 2010 pålagt å følgje de obligatoriske standardane frå første versjon av Referansekatalogen. Våren 2010 skal ein ny versjon av både forskrifta og Referansekatalogen på høring. Forskrift om universell utforming av IKT- løysningar retta mot allmennheita forventes vidare å bli vedtatt i løpet av 2011 og tre i kraft 1. januar 2012.

12 Kostratrapportering

KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) er eit nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal verksemd. Det er til bruk for publikum og media, kommunar, statlege styringsorgan og andre sentrale brukarar. Informasjon om kommunale tenester og bruk av ressursar på ulike tenesteområde blir registrert i [Statistisk Sentralbyrå \(SSB\)](#) og silt saman. Informasjonen skal tene som grunnlag for analyse, planlegging og styring, og m.a. gje grunnlag for å vurdere om nasjonale mål blir nådd.

KOSTRA skal gjera rapporteringa frå kommunane til staten enklare ved at data blir rapportert berre ein gong, sjølv om dei skal nyttast til fleire føremål. For å sikra samordning og forenkling av dei ulike statlege organa sine krav til kommunane om rapportering, er det med heimel i [Kommunelova § 49a](#) oppretta eit eige Kommunalt rapporteringsregister som skal gi oversikt over dei samla rapporteringspliktene retta mot kommunane.

Interkommunale selskap og kommunale føretak som driv næringsverksemd er også omfatta av rapporteringsplikta.

SSB offentliggjer ureviderte KOSTRA-tal for kommunane kvart år ca 15. mars og oppretta tal ca 15. juni.

I tillegg til rapporteringa gjennom KOSTRA, er det krav til kommunane om innsending av løpende statistiske opplysningar gjennom året. Det kan og vera plikt til å rapportera tilhøve som enno ikkje er omfatta av KOSTRA, eller som er meir ad-hoc-prega, jf. omtale under nokre av sektorane framfor i Oppgåvebrevet. M.a. skal ein rapportera om bruken av vedlikehaldstilskotet i tiltakspakken innan 23. april 2010.

Kommunale oppgåver	Kjelde	Pålegg
Gje SSB laupande informasjon om ressursbruk og tenesteyting	Kommunelova § 49 Forskrift nr. 1425/1445	X

Oppgåvebrevet skal gje kommunane korffatta og enkel oversikt over viktige nasjonale vedtak og styringssignal, som føreset kommunal gjennomføring og oppfølging



Fylkesmannen i Rogaland

Telefon: 51 56 87 00

Postadresse: Postboks 59, 4001 Stavanger

Besøksadresse: Lagårdsveien 44, Stavanger

E-post: postmottak@fmro.no

Nettadresse: www.fylkesmannen.no/rogaland

Utkast til veileder er utarbeidet av:

- Forsker, dr. psychol. Gudrun Dieserud, Nasjonalt folkehelseinstitutt / Bærum kommune (prosjektleder)
- Forsker, dr. philos. Kari Dyregrov, Nasjonalt folkehelseinstitutt / Senter for Krisepsykologi
- Forsker, psykolog Mette L. Rasmussen, Nasjonalt folkehelseinstitutt / Bærum kommune

Rådgivningsgruppe:

- Agnes W. Giertsen, Helsesøster, Bergen
- Anna S. Hølland, Kommunelege I, Nedre Eiker
- Arlid Refsland, Politiet / LEVE Rogaland
- Eli Rieffing Ree, Begravelsesbyrå, Sandvika
- Fredrik Jakhefn, Psykiater, DPS Asker /SABHF
- Gunnar Næshcim, Sokneprest, Lommedalen
- Kirsti Foss, Sentralstyremedlem og fagperson i LEVE
- Marius Kampen Engevoid, Sentralstyremedlem og etterlatt i LEVE
- Atle Dyregrov, psykiologspesialist / dr. philos. Senter for Krisepsykologi, Bergen
- Lars Mehlum, professor, dr. med. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging
- Steffen Torsnes, juridisk rådgiver, Folkehelseinstituttet.

ETTER SELVMORDET

VEILEDER OM TILTAK FOR ETTERLATTE VED SELVMORD

1. INNLEDNING	5
1.1 FORMÅL OG MÅLGRUPPE	5
1.2 BEGREPSAVKLARING	5
1.2.1 Selvmord	5
1.2.2 Selvmordsforekomst	6
1.2.3 Etterlatte	7
1.2.4 Postvention – tiltak for etterlatte	7
1.2.5 Kjønnsperspektivet	8
1.2.6 Selvmordsforsk	8
2. BAKGRUNN FOR TILTAK	9
2.1 BAKGRUNN OG MÅL FOR HJELP TIL ETTERLATTE	9
2.2 VANLIGE REAKSJONER ETTER SELVMORD	10
2.2.1 Umiddelbare reaksjoner	10
2.2.2 Reaksjoner over tid	11
2.2.3 Familieproblemer	12
2.2.4 Problemer i forhold til sosialt nettverk	12
2.2.5 Holdninger til selvmord	13
2.3 KOMPLIKASJONER	13
2.3.1 Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD)	14
2.3.2 Forlenget sorgforstyrrelse / komplisert sorg	15
3. TILTAK FOR ETTERLATTE VED SELVMORD	16
3.1 KOMMUNENS OPPGAVER I ETTERLATTEARBEID	16
3.2 FORANKING, PLANLEGGING OG ORGANISERING	17
3.2.1 Planlegging gjennom kommunale rutiner	18
3.3 JURIDISK RAMMEVERK	18
4. BRUKERPERSPEKTIVET	19
4.1 BRUKERMEDVIRKNING	19
4.2 MEDVIRKNING PÅ INDIVIDNIVÅ	19
5. TJENESTER OG AKTØRER KNYTTET TIL TILTAK FOR ETTERLATTE VED SELVMORD	20
5.1 POLITI	21
5.1.1 Varsling om selvmord til kommunal hjelpeinstans	22
5.2 BEGRAVELSESBYRÅ	23
5.2.1 Prosedyrer for syning	24
5.3 PREST	25
5.3.1 Prestens rolle	25
5.3.2 Rutiner for formidling av dødsbudskap	25
5.4 KOMMUNEHELSETJENESTEN	26
5.4.1 Kommunoverlege	27
5.5 HELSESTASJONS- OG SKOLEHELSETJENESTE	27
5.5.1 "Smitteeffekt" ved selvmord (identifikasjons-selvmord)	28
5.6 BARNEHAGE	28
5.7 SKOLE	29
5.8 PSYKOLOGKOMPETANSE I KOMMUNEN	30
5.9 FAMILIEVERNET	30
5.10 PSYKISK HELSEVERN	31

5.11 LIKEMANNSSØTTE	32
5.11.2 Likemannsstøtte Unge LEVE	33
5.12 SOSIALT NETTVERK	33
5.13 ARBEIDSKLASSEN	35
6. ULIKE TILBUD VED ULIKE BEHOV	36
6.1 PROFESJONELL HJELP	36
6.1.1 Tidlig, utstrøkkende og gjentatte hjelptilbud	37
6.1.2 Koordinering av hjelp – et kommunalt ansvar	37
6.2.3 Informasjon	38
6.2.4 Variert og tilpasset hjelp	38
6.2.5 Hjelp til barn	39
6.2.6 Hjelp over tid	41
6.2.7 Hjelp til etterlatte med ulik etnisk opprinnelse	42
7. PSYKOTERAPEUTISK HJELP	43
7.1 BEHOV FOR KUNNSKAP OM SELVMORD, TRAUME OG SORG	43
7.2 ARBEID I TIDLIG FASE	44
7.3 FINNE SVAR PÅ "HVORFOR-SPØRSMÅLENE"	45
7.4 TRAUMEARBEIDING	45
7.5 SORGTERAPI	46
7.6 HÅNTERING AV SKYLDFOLELSE	47
7.7 KOMPETANSEKRAV	48
8. KONKLUSJON	48
VEDLEGG 1	50
KUNNSKAPSRUNNLAGET	50
OPPSUMMERING AV KUNNSKAPSRUNNLAGET	51
Få effektstudier av postvention-programmer	51
Effektstudier av sorgintervensjon	52
Effektstudier av kriseintervensjon	53
VEDLEGG 2	55
1. MOBILISERINGSFASEN	55
2. AKUTTFASEN	55
3. DEN VIDERE OPPFØLGINGEN	59

1. INNLEDNING

1.1 Formål og målgruppe

Formålet med denne veilederen er å gi faglige innspill til ulike aktører som kommer i kontakt med etterlatte ved selvmord. Helsemyndighetene har de finert etterlatte ved selvmord som en gruppe med spesielle behov for ulike former for psykososial støtte, ut fra dokumentert kunnskap om flere belastninger i forhold til etterlatte ved naturlig død. Tiltak for etterlatte ved selvmord er derfor en prioritert oppgave. Selve symptombelastningen for etterlatte ved selvmord vil ofte tilsvare den hos etterlatte ved annen brå død, men i tillegg kommer belastningen ved å være pårørende til mennesker som har opplevd livet som så vanskelig at de har valgt å avslutte det (1-5). Etterlatte kan føle seg medansvarlige ved at de synes de burde ha oppdaget faren og vært med på å forebygge selvmordet. Andre kan plages av at de før selvmordet var i alvorlig konflikt med avdøde. Mange etterlatte blir gående i årevis, noen resten av livet, med ubesvarte spørsmål knyttet til hvorfor selvmordet hendte, hvorfor akkurat da, og hvorfor på den måten. Det er nødvendig at tiltak for etterlatte baseres på kunnskap som kan anvendes for å gi svar på slike spørsmål.

Målgruppene for veilederen vil være deler av kommunehelsestjenesten og spesialisthelsestjenesten i tillegg til politi, begravelsesbyrå, kirkesamfunn, skoler og barnehager, familievernet, og brukerorganisasjoner. I tillegg vil veilederen inneholde råd som kan hjelpe enkeltmennesker etter et selvmord, enten det dreier seg om etterlatte selv eller deres sosiale nettverk.

1.2 Begrepsavklaring

1.2.1 Selvmord

En av suidologiens grunnleggere, den amerikanske psykoologen E. Shneidman har formulert følgende definisjon:

I vår tid, i den vestlige verden, er selvmord en bevisst, selvpåført, tilintetgjørende handling som best kan forstås som en komplisert krisetilstand hos et individ med utlekkete sentrale psykologiske behov. Individet definerer krisesituasjonen på en slik måte at selvmord sees som den beste løsningen (6)

I denne definisjonen kommer det fram at selvmord må forstås i forhold til både den tid og den kultur mennesket lever i. Videre at det vanligvis er et komplisert samspill mellom uheldige indre og ytre faktorer som ligger bak et selvmord, ikke en enkelt faktor. Og endelig kan selvmord forstås som en måte å komme unna en krisesituasjon som det og da synes uløselig. En annen definisjon på selvmord er formulert av den britiske psykiateren E. Stengel (1967):

Selvmord er en bevisst og villet handling, som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skaden har ført til døden (7)

Denne definisjonen er mye brukt i Norge. Den er enkel, og avgrenser ikke mot visse forvirringstilstander og psykoser. Den avgrenser heller ikke mot overdosedødsfall ved bruk av markotiske stoffer. Definisjonen er hovedsakelig en beskrivelse av selve handlingen, men sier også noe om intensjonen (skade seg selv). Den sier imidlertid ingenting om bakgrunnen for selvskaðingen.

1.2.2 Selvmordsforekomst

Selvmord regnes som en av vår tids største helsemessige utfordringer. Hvert år dør nær en million mennesker i selvmord på verdensbasis (www.who.int). Dette gjør selvmord til en av verdens ledende dødsårsaker, spjestelt blant unge mennesker. I Norge ligger antall årlige registrerte selvmord relativt stabilt rundt 500, det vil si en gjennomsnittlig rate på 11.1 per 100.000 for de siste 5 år (2004-2008). Få unge mennesker under 15 år tar livet sitt, og relativt få mellom 15 og 19 år, men fra 20 år er raten betydelig høyere. Flere menn enn kvinner tar livet sitt (i 2008 var M/K-rasjonen i overkant av 2:1). Ser man på siste publiserte 5-årsperiode (2004-2008) har menn relativt høye selvmordstall for alle aldersgrupper. Kvinner har en lavere og relativt jevn aldersfordelt kurve fra fylte 20 år, med en opphopning av selvmord midt i livet, og en noe redusert rate fra 60-års alder (www.ssb.no). Fordi det forekommer variasjon fra år til år uttrykkes nivået på selvmord i en befolkningsgjørme i gjennomsnittsrater for 5-årsperioder.

1.2.3 Etterlatte

Definisjonen av etterlatte er først og fremst knyttet til hvor mange man regner blir direkte berørt av et selvmord. Det har vært vanlig å tenke at det rundt hvert selvmord må regnes minimum 6 etterlatte (8), og at begrepet etterlatt hovedsakelig er blitt brukt om nærmeste familie. I dag er bildet mer nyansert, og begrepet etterlatt blir nå brukt om en videre krets enn den nærmeste familie. Hit regnes personer som er sterkt berørt av tapet av barn, ektefelle, søsken, besteforeldre, bestevenner, kjærester, medpasienter, terapeuter, arbeidskolleger; dvs. "nærstående" som selv opplever å ha nære bånd til den som er død. Antallet etterlatte vil derfor være vanskelig å stipulere, men dersom man regner 10 etterlatte per selvmord, vil Norge med ca. 530 registrerte selvmord årlig ha ca. 5300 nye etterlatte per år. Hvor mange av dem som vil være sterkt berørt vil variere, men uansett vil det utgjøre svært mange.

Det er viktig å presisere at ikke alle etterlatte har behov for profesjonell bistand. Relasjonen til avdøde, eksponeringen de har vært utsatt for og den enkeltes beskyttelsesfaktorer vil påvirke behov for hjelp. Imidlertid er det i både norske og internasjonale studier vist at så mange som 80 – 90 % av etterlatte ved selvmord i varierende grad opplever behov for ulike former for profesjonell hjelp. Det ses overraskende store likheter rundt slike behov i ulike land i den vestlige verden (9-13).

1.2.4 Postvention – tiltak for etterlatte

Begrepet "postvention" ble lansert av suicidologen Edwin Shneidman i 1971 (14) som en betegnelse på alle tiltak som kan bidra til å redusere negative følger av en traumatisk død for de pårørende. Begrepet er det motsatte av "prevention", som altså er tiltak som er ment å forebygge selvmord. Tiltak for etterlatte er tradisjonelt rettet mot de nærmeste i familien. I nyere tid anbefales det å inkludere flere enn den nærmeste familie i slike tiltak. Der selvmord gjelder pasienter som er under behandling i psykisk helsevern, bør slike tiltak også omfatte medpasienter og behandlere. I den nasjonale retningslinjen for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (15), blir oppfølging av etterlatte ved selvmord hos pasienter omtalt i et eget kapittel.

1.2.5 Kjønnsperspektivet

Forskning og klinisk praksis viser at kvinner i større grad enn menn er aktivt hjelpesøkende ved psykiske kriser. Menn søker i mindre grad hjelp, og de snakker generelt mindre om følelsesmessige belastninger enn kvinner. Mange menn takler sorg ved å være aktive i stedet for å snakke.

Det er viktig å lage oppfølgingssystemer som ivaretar både kvinners / jenters og menns / gutters behov for å få snakke om selvmordet på sin måte. I tillegg er det selvfølgelig store individuelle forskjeller, slik at tiltakene bør være individuelt tilpasset.

1.2.6 Selvmordsforsøk

Denne veilederen omhandler ikke selvmordsforsøk. Intervensjon overfor selvmordsforsøkere og deres berørte parter er vesensforskjellig fra intervensjon overfor etterlatte ved selvmord. Det kan være en rekke ulike intrapsyke, interpersonlige eller ytre kriseforhold som ligger bak et selvmordsforsøk. Ved selvmordsforsøk må derfor intervensjonen avspeile den krisesituasjonen personen er i, og tiltakene kan spenne fra økonomisk rådgivning, familierådgivning, eller individuell psykoterapi til innleggelse i psykisk helsevern. Pasientens psykiske helse og den suicidale krisen vurderes grundig av fagpersoner med nødvendig kompetanse, altså en vurdering av både av person, relasjon og situasjon. Vurdering av selvmordsfare baseres på oppdatert kunnskap (15).

Tiltakene bør dessuten ikke bare ha fokus på personen som forsøker å ta livet av seg, men også på denne personens nettverk. Det anbefales at pårørende trekkes aktivt med i behandlingen (16).

Oppsummering:

- Selvmord er resultatet av en sammensatt krisetilstand
- Årlig registreres omtrent 530 selvmord i Norge
- Over 5000 etterlatte kan være sterkt berørt av selvmord årlig
- Etterlatte kvinner og menn kan trenge ulik oppfølging
- Selvmordsforsøk er vesensforskjellig fra selvmord og omfattes ikke av veilederen

2. BAKGRUNN FOR TILTAK

2.1 Bakgrunn og mål for hjelp til etterlatte

Tiltak for etterlatte ved selvmord er basert på en relativt ny faglig erkjennelse av at mange etterlatte kan være i risikozonen for utvikling av alvorlige psykiske og fysiske problemer. Mange studier har påvist forhøyet nivå av posttraumatiske stressreaksjoner (PTSD), forlenget (komplisert) sorg og selvmordstanker og/eller -forsøk hos etterlatte ved selvmord (17-19). Tilsvarende psykiske og fysiske plager er også påvist hos etterlatte ved andre former for brå død, i motsetning til hos etterlatte ved forventet død (20). Studier av negativ helseatferd i kjølvannet av brå død tyder på at grad av nærhet til avdøde er av spesiell betydning for symptomutvikling.

I en nyere norsk oversiktsartikkel (21) vises det imidlertid ikke til overbevisende evidens for økt symptombelastning hos etterlatte ved selvmord sammenliknet med etterlatte ved annen død. Men konklusjonen i artikkelen svekkes av at det sammenlignes studier av forventet og uventet død under ett, i tillegg til at informanternes relasjon til avdøde ikke er redegjort for.

Forskjellen mellom selvmord og annen brå død er primært knyttet til at reaksjonene hos etterlatte ved selvmord rent innholdsmessig atskiller seg fra reaksjonene hos etterlatte etter andre former for brå død. Dette er vesentlig for hva slags intervensjon etterlatte ved selvmord trenger. Det er spesielt 3 forhold som innholdsmessig atskiller situasjonen for etterlatte ved selvmord fra etterlatte ved annen brå død og naturlig død: 1) det tematiske innhold i traumat og sorgen, 2) den sosiale situasjonen for de etterlatte og 3) den effektive selvmordet kan ha på familiesystemet (2). Uten spesifikk kunnskap om etterreaksjoner ved selvmord vil slike problemer vanskelig fanges opp av helsevesenet og andre aktører som kommer i kontakt med selvmordsetterlatte. Oppfølgingen blir derfor heller ikke alltid målrettet mot de spesielle belastninger det innebærer å miste ved selvmord. Den overordnede målsetting med denne veilederen er å presentere et relevant kunnskapsgrunnlag for råd og anbefalinger som kan føre til bedre oppfølging for etterlatte ved selvmord.

Det er et mål at tjenesteapparatet på lokalt plan skal gjenspeile de nasjonale satsingsområdene for selvmordsforebyggende arbeid (22).

2.2 Vanlige reaksjoner etter selvmord

Sterke reaksjoner hos pårørende ved brå død er vanlig, og bør ikke bli gjenstand for sykeleggjøring. Slike etterreaksjoner er i utgangspunktet normale reaksjoner på en ekstrem hendelse og vil for en del pårørende gradvis dempes i løpet av de første månedene etter dødsfallet. Den angst eller frykt som mange opplever etter et selvmord, henger sammen med en økt sensitivitet i tiden etter et slikt traume, samtidig som minner om hendelsen tvinger etterlatte til å konfrontere og bearbeide dødsfallet. Etterreaksjoner avspeiler altså ikke sykelige prosesser, men er reaksjoner som på ulike vis hjelper oss i tiden etter et dødsfall. Det er avgjørende at hjelpere tolker disse reaksjonene riktig.

2.2.1 Umiddelbare reaksjoner

Mens de umiddelbare reaksjonene ofte består av sjokk, mistro og nummenhet ledsaget av sterke følelser, er senere reaksjoner ofte mer varierte. Men mange sorgende opplever perioder med intens gråt, tristhet, og lengsel etter avdøde. Følelse av uvirkelighet og endret tidsopplevelse er svært vanlig, og sterke sanserimtrykk kan "brenne seg fast" med en intensitet utenom det vanlige. Kroppslige reaksjoner som skjelving, hjertebank, kvalme, frostanfall eller svimmelhet er heller ikke uvanlig. For noen fortsetter disse utover de første dagene og forsterkes gjerne av manglende appetitt, for mye kaffe på tom mage og lignende. Mange etterlatte forteller om et "tankeras" av ulike tanker som farer rundt i hodet: "Hva nå?" "Hvordan skal dette gå?" Det blir mye å forholde seg til på en gang, og alt synes kaotisk og uoversiktlig. Andre husker knapt noe fra denne tidsperioden (23,24).

Ikke sjelden opplever selvbekreidelse og skyldfølelse. Tanker om hva man kunne gjort og sagt annerledes slik at selvmordet kunne vært forhindrede kan kverne nesten uten stopp. Mange grubler over, eller leter etter en hensikt og mening med det som skjedd, og noen ganger er etterlatte opptatt av om det er en "straff" for noe som ble sagt eller gjort og som avdøde har svart på med denne mer eller mindre aggressive handlingen. Forskning på etterlattebrev viser at selvmord sjelden er ment som en hevn, men det er likevel vanlig at etterlatte kan føle det (25).

Det er viktig å respektere at det ofte vil komme en slik selvransakelsesperiode like etter et dødsfall, og at den må få gå sin gang. Samtidig bør intervensjonen overfor etterlatte være slik at den forebygger en utvikling av den akutte reaksjonen til en mer eller mindre kronisk

belastningstilstand. Enkelte etterlatte jobber seg gjennom hendelsen på en konstruktiv måte uten bistand ut over det eksisterende sosiale nettverket. De store individuelle forskjellene i etterlattets reaksjoner gjør at tiltak må tilpasses den enkelte behov.

2.2.2 Reaksjoner over tid

Undersøkelser har vist at sorg kan gi økt forekomst av fysisk sykdom på grunn av den store psykologiske belastningen sorgen kan medføre (26.27). Sorgende kan bli ekstra mottakelige for ulike typer sykdommer fordi immunsystemet ikke fungerer optimalt. Den økte uroen og angsten kan også gi kroppslige plager som anspenhet, hodepine og uro i mage/tarm.

Kombinasjonen av dårlig søvn, mange og til dels forvirrende tanker og dårlig matlyst, kan føre til at mange etterlatte opplever at de blir fysisk slitne i kjølvannet av et plutselig dødsfall.

For mange er tiden fra 3 til 12 måneder etter dødsfallet den tyngste perioden. Hele tiden omgis en av minner om den døde, og alle høytider og årsdager (fødselsdag, dødsdag) oppleves for første gang uten den døde. Det daglige savnet og den intense lengselen kan mange ganger oppleves som uutholdelig, samtidig som en føler seg ensom fordi få forstår hvordan en virkelig har det. Mange etterlatte forteller at den tyngste tiden kommer når omgivelsene ikke viser så mye oppmerksomhet lenger, når andre forventer at etterlatte begynner å se fremover. Etterlatte kan også selv ha forventninger til at det skal begynne å bli lettere, samtidig som de opplever at det går andre veien (28).

Irritabilitet, ufølemodighet og sinne er også vanlige reaksjoner for etterlatte ved selvmord. Dette kan skyldes noen av de forhold som er nevnt over, nemlig at reaksjonene kommer som følge av at en tappes for energi, sover dårligere osv. Etterlatte ved selvmord opplever ofte en eksistensiell krise som kan føre til sosial tilbaketrekking og isolasjon. Etterlatte kan også komme til å stille krav til sine sosiale omgivelser som omgivelsene kanskje ikke forstår eller kan imøtekomme, noe som kan føre til sinne og irritasjon hos den etterlatte. Ikke sjelden reitter sinnet seg mot den som har tatt sitt liv, hvilket igjen fører til dårlig samvittighet (29).

Heisepersonell som kommer i kontakt med de etterlatte må kunne vurdere om den etterlattes sorgprosess er innenfor den normale variasjonsbredden av reaksjoner, eller om den etterlatte utvikler et mer patologisk reaksjonsmønster.

2.2.3 Familieproblemer

Etter et selvmord kan hele familiesystemet bli rammet på en grunnleggende måte. Mange par og familier får problemer med å snakke sammen om det som har skjedd og det kan bli vanskelig å dele følelser og tanker. Både voksne og barn kan holde sorgen og fortvilelsen de bærer på for seg selv for å beskytte hverandre innad. Familienmedlemmene kan bli reddet for at noe alvorlig skal skje med de andre i familien. Uløste konflikter kan komme til overflaten og kan resultere i bebreidelser og gi økt skyldfølelse. Det er spesielt vanskelig å takle konflikter som springer ut av det forholdet man hadde til den som har tatt livet av seg.

Dersom fakta omkring dødsfallet holdes skjult for noen av familiemedlemmene kan det påvirke familiens samhold, indre dynamikk og familiemedlemmenes muligheter til å bearbeide sorgen. Kommunikasjonen i familien kan forverres, familiemedlemmer kan selv få selvmordstanker og barn kan ut fra det som har skjedd oppfatte selvmordsaferd som en måte å løse problemer på. Barn og unge som mister foreldre eller søsken kan endre atferd både p.g.a. dødsfallet og gjentevende omsorgspersons egen sorg. Dette kan føre til at barn og unge noen ganger blir overlatt mer til seg selv og vil da trenge økt oppfølging fra andre nære voksne (28.30).

2.2.4 Problemer i forhold til sosialt nettverk

Mange relasjoner ut over kjernefamilie, fjernere familie og nettverk påvirkes etter et selvmord. Voksne etterlatte kan få et vanskelig forhold til både venner, kolleger og naboer. Undersøkelser viser at mange etterlatte føler seg isolert og til dels stigmatisert. Dette kan være en konsekvens av å føle ansvarlighet for dødsfallet, men også knyttet til en opplevelse av samfunnets generelle fordomsfulle holdninger til det å ha psykiske vansker eller lidelser generelt og/eller det å ta livet av seg spesielt. Mange etterlatte gir uttrykk for at den indre dialog med konstant søken etter å forstå og ta inn over seg hva som har skjedd, gjør at de ikke har kapasitet til å forholde seg til omverdenen. Som en konsekvens av dette kan de komme til å trekke seg fra sosial kontakt, noe som kan oppleves uforståelig og sårende for omgivelsene. Etterlattes sosiale nettverk kan oppleve situasjonen som vanskelig og føle seg hjelpeløse. Ofte er de usikre på hva de skal si, og trekker seg unna, noe som de etterlatte igjen kan oppleve sårende (2.28).

2.2.5 Holdninger til selvmord

Den individuelle opplevelsen av døden er nært knyttet til holdninger i individets sosiale omgivelser. Mange har gjennom århundrer sett på selvmord som en døds synd, temæet har vært tabubelagt og pårørende er blitt stigmatisert. Selv om selvmord i dag anses mer som et samfunnskapt problem enn tidligere, er stigma-, skyld- og skamfølelsen fortsatt et fremtredende problem for etterlatte ved selvmord og en kompliserende faktor i bearbeidelse av sorgen. Dersom samfunnets syn på selvmord er fordommende, vil dette synet også kunne prege etterlattets syn på seg selv.

Vanlige etterreaksjoner ved selvmord er:

- sjokk, følelse av uvirkelighet, nummenhet, sterke følelser, tankekaos
- kroppslige reaksjoner som hjertebank, frostanfall, skjjelving, kvalme, svimmelhet
- savn, lengsel og smerte, intens gråt
- søken etter svar på hvorfor selvmord
- (selv)bebreidelse og skyldfølelse
- gjenopplevelse av det som skjedde
- søvnforstyrrelser
- angst og sårbarhet
- konsentrasjons- og hukommelsesvansker
- irritasjon og sinne
- sosial tilbaketrekking

2.3 Komplikasjoner

En rekke forhold spiller inn når etterlatte ved selvmord utvikler psykiske symptomer som går ut over det man kan kalle en vanlig, ikke-patologisk prosess.

Forhold av betydning for utvikling av patologiske symptomer er:

- avdødes alder
- grad av dramatisk rundt dødsfallet
- være den som finner avdøde
- relasjonen mellom den etterlatte og avdøde
- tidligere livsbelastninger hos etterlatte

Personer som finner avdøde er generelt i risikogruppen for å utvikle posttraumatisk stressforstyrrelse, på grunn av sterke sansinntrykk knyttet til selvmordshandlingen (31, 32). Barn som etterlatte er også en spesielt sårbar gruppe. I en norsk undersøkelse fant man at 73 % av yngre søsken og 39 % av eldre søsken til avdød bror eller søster utviklet alvorlige posttraumatiske reaksjoner (33). En annen norsk undersøkelse viste at så mange som 78 % av foreldre som mistet barn i selvmord eller ved ulykker, var i risikozonen for å utvikle komplisert sorg (34). Hvordan man som etterlatt klarer seg vil også henge sammen med hvor god psykisk helse man hadde før selvmordet.

2.3.1 Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD)

Dersom de traumatiske etterreaksjonene ikke endres nevneverdig ettersom månedene går, kan de ubehandlet utvikle seg til en Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD). Dette manifesterer seg gjennom vedvarende invaderende minner, tanker, unngåelsesreaksjoner og ulike kroppslige reaksjoner. Deler av det som skjedde i forbindelse med dødsfallet kan ha brent seg fast for ens indre øye, eller om en ikke var tilstede - festet seg som fantasier om hva som foregikk da selvmordet skjedde. Etterlatte kan ha opplevd traumatiserende sansinntrykk i forbindelse med dødsfallet, og dette kan komme tilbake som gjenopplevelser av synet i våken tilstand (såkalte "flashbacks"), eller stadig tilbakevendende mareritt. Gjenopplevelser av disse minnene eller fantasiene kan oppleves å være utenfor ens kontroll.

Søvnforstyrrelser. Søvnforstyrrelser er relativt vanlig hos etterlatte, og ved PTSD har etterlatte store søvnproblemer over tid. Hvis søvnkvaliteten går ned over en lengre periode, kan det lett føre til at andre etterreaksjoner forverres. Noen bruker mye energi på å holde alle vonde tanker og minner på avstand, noe som kan fungere til en viss grad på dagtid, men de dukker opp i nattlige mareritt. Slike unngåelsesreaksjoner tapper den etterlatte ytterligere for energi i hverdagen, søvnproblemene kan forsterkes og gir ytterligere næring til utvikling av PTSD. For noen kan vedvarende søvnproblemer føre til overforbruk av medikamenter eller alkohol.

Angst/konsentrasjonsproblemer. Økt angst og frykt, som er vanlig ved plutselig død, kan utvikle seg til et symptomnivå man ser ved PTSD. Angsten kan være knyttet til alt som minner om det en har opplevd, men enda mer vanlig er angst og frykt for at noe annet skal skje med egen familie eller med en selv. Et annet fenomen ved PTSD er høyt nivå av konsentrasjons- og hukommelsesvansker. Mange forteller om svekket korttidshukommelse og

problemer med å holde tankene samlet om oppgaver som krever komplisert tankevirksomhet. Ved PTSD kan etterlatte ha hukommelsestap for deler av den traumatiserende hendelsen, noe som i seg selv kan skape forvirring og usikkerhet. PTSD innebærer at personen føler seg ansent, skvelten og overfølsom.

2.3.2 Forlengte sorgforstyrrelse / komplisert sorg

Flere nyere forskningsprosjekter viser til enighet om en ny "sorgdiagnose" kalt forlengt sorgforstyrrelse (35). Den karakteriseres av vedvarende (mer enn 6 måneder) og intens lengsel etter den døde, ønsker med å gå videre i livet og en opplevelse av at livet og fremtiden er meningsløs og formålsløs. Forlengt sorg (tidligere komplisert sorg) viser seg gjennom vedvarende gråt, lengsel og oppriktighet av tanker om den døde på en måte som delvis innebærer en benektning og manglende akseptering av dødsfallet. Etterlatte som utvikler forlengt sorg er utsatt for økt risiko for vedvarende svekket helse (36). Forlengt sorg kjennetegnes dessuten av et nervesystem som er overaktivt, med vedvarende angst og uro, eller den etterlatte legger løkk på og fremstår med en tilsynelatende rolig fasade, men omgivelsene vil merke at den sorgende er markert forskjellig fra før dødsfallet.

Forskning viser at ulike forhold øker sjansen for forlengt sorg ved selvmord. Foreldre som mister barn og ektefeller som mister sin partner er mer utsatt for forlengt sorg enn etterlatte i andre relasjoner. Andre risikoforhold som bidrar til forlengt/komplisert sorg er tidligere psykiske problemer, høy avhengighet av den døde, lav selvtillit og mestringsevne. For etterlatte ved selvmord kan utvikling av forlengt sorg knyttes til mangelfull bearbeiding av sentrale spørsmål om hvorfor selvmordet skjedde (37,38).

Viktige kjennetegn ved forlengt sorg er at den:

- ikke går over/ender karakter etter 4-6 måneder
- er forskjellig fra depresjon
- ikke blir effektivt redusert ved sorggrupper, støttesamtaler eller antidepressive medikamenter (i motsetning til vanlig sorg og depresjon),
- innebærer negativ helseatferd
- har spesifikke karakteristika som gjør at den krever egne behandlingstiltak.

3. TILTAK FOR ETTERLATTE VED SELVMORD

3.1 Kommunenes oppgaver i etterlattearbeid

I oppfølgingen av etterlatte ved selvmord har kommunale instanser et spesielt ansvar. I mange kommuner er det etablert kommunale kriseteam eller selvmordsforebyggende team, som skal kunne bistå enkeltindivider eller grupper av mennesker i forbindelser med selvmord. Begge disse instansene skal kunne mobilisere rask hjelp til etterlatte ved selvmord. Etter et selvmord kan det også være nødvendig med forebyggende tiltak på arenaer som skole og arbeidsplass, noe som faller inn under kommunehelsejensens ansvar. En slik intervensjon vil ha en spesielt viktig funksjon i forhold til det vi kaller identifikasjons-selvmord, eller "smitte" - det vil si at ett selvmord kan utløse flere, på kort eller lang sikt.

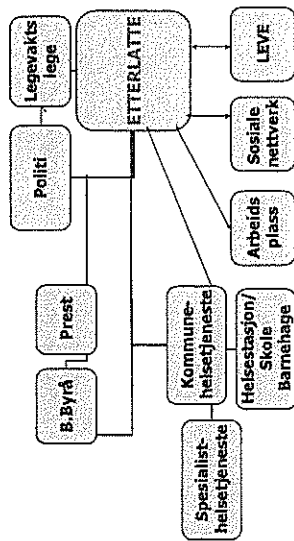
Kommunenes overordnede oppgaver i forbindelse med selvmord er å:

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

En rekke kommunale tjenester kan bli involvert i omsorg for etterlatte ved selvmord, fordi etterlatte vil være i alle aldre, fra barnehagebarn til eldreomsorgsbrukere. I denne veilederen rettes søkelyset mot de kommunale tjenester som ofte er viktige for etterlatte i tillegg til tjenester som er forankret i helseforetakene eller frittstående tjenester.

Ved selvmord er det viktig at oppfølgende instanser koordinerer sitt arbeid slik at etterlatte blir møtt på en oversikkelig og ryddig måte. Denne figuren viser de mest sentrale aktørene i en tiltakskjede:

Tiltakskjede ved selvmord



3.2 Forankring, planlegging og organisering

Ansvar for oppfølging av etterlatte ved selvmord kan legges til ulike instanser innenfor kommunehelsestjenesten. I kommuner der det er etablert selvmordsforebyggende team, kan det være naturlig å legge ansvar for etterlatte-oppfølging til disse teamene. I andre kommuner vil det være naturlig å legge dette arbeidet til deler av den generelle kriseberedskapen, f.eks. kommunale kriseteam. Det er viktig at én instans har ansvar for oppfølgingen, slik at ikke tiltak for etterlatte etter selvmord fragmenteres. Fordi organisering av psykososial kriseberedskap er ulikt organisert i ulike kommuner, vil det være vanskelig å anbefale et fast system for hele landet, men ansvaret for tiltak bør forankres i kommunehelsestjenesten.

Etterlatte ved selvmord er i utgangspunktet ikke spesielt belastet med psykisk sykdom, slik at oppfølging i alminnelighet vil ligge utenfor ansvaret til spesialisthelsetjenesten ved psykisk helsevern. Men etterlatte kan ha stort behov for hjelp til bearbeiding av de spesielle forhold som knytter seg til selvmord, slik at de blir i stand til å takle selve traumet i tillegg til å få hjelp til å forstå hvorfor avdøde valgte å avslutte livet. For å kunne yte slik hjelp, må tiltakene baseres på kunnskap om traumer og sorg knyttet til kunnskap om selvmord.

• *Lov om helsestjenesten i kommunene (LOV-1982-11-19-66)*

§ 1-2 Helsestjenestens formål

Kommunen skal ved sin helsestjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og almenheten kan gjøre for å fremme sin egen sunnhet og folkehelsen.

3.2.1 Planlegging gjennom kommunale rutiner

Kommunale kriseteam/selvmordsforebyggende team bør lage skriftlige rutiner for oppfølging av etterlatte ved selvmord. Slike rutiner tilpasses den enkelte kommunes tilgang på faglig kompetanse, geografiske utbredelse og tjenesteorganisering, slik at hjelp til etterlatte tilbys systematisk etter hovedprinsippene i kap. 6. Prinsipper for anbefalinger av innhold og organisering av hjelp for etterlatte ved selvmord bør beskrives/operasjonaliseres i forhold til en mobiliserings- og en akutt- og langtidsoppfølgingsfase. Mål, virkemidler, koordinering og ansvarsfordeling, arbeidsform, tiltak og tidsrammer og overføring til videre oppfølging bør beskrives for hver av de tre fasene (for ideer, se - www.kriser.no).

Hovedpunkter for planlegging og rutiner:

- Planlegging av tiltak for etterlatte bør skje i samarbeid med de aktører som vil komme i kontakt med pårørende på ethvert tidspunkt i oppfølgingsprosessen.
- De kommunale rutinene må tilstrebe å være så klare og operasjonaliserte at de kan nå alle i målgruppen.
- Planen bør bygge på faglig oppdatert kunnskap og gode erfaringer.
- Planen skal skape forutsigbarhet og være et verktøy for aktuelle tjenester og samarbeidspartnere, samt alle kategorier etterlatte.
- Ulike kommuner vil måtte tilpasse planer og tjenestetilbud etter lokale forhold, men slik at planene fyller hovedintensjonen i denne veilederen.

3.3 Juridisk rammeverk

Lov om helsestjenesten i kommunene (LOV-1982-11-19-66)

§ 1-3 (Oppgaver under helsestjenesten)

Kommunens helsestjeneste skal omfatte følgende oppgaver:

<p>1. Fremme helse og forebygge sykdom</p> <p>5. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner</p> <p>§ 2-1 (Rett til helsehjelp)</p> <p>Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg.</p> <p><i>Lov om sosiale tjenester m.v. (LOV-1991-12-13-81)</i></p> <p>§ 4-2. Tjenester</p> <p>De sosiale tjenester skal omfatte</p> <p>a) praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.</p>

4. BRUKERPERSPEKTIVET

Brukerperspektivet er spesielt viktig når det gjelder utforming av tiltak for etterlatte ved selvmord ettersom forskning både nasjonalt og internasjonalt har påvist både feilfokusert og til dels fraværende profesjonell bistand for denne gruppen (12,39). Slike forskningsresultater gir et alvorlig signal om at hjelpeapparatet trenger tilførsel av kunnskap som kan bidra til at etterlatte spesifikke behov blir møtt på en mer profesjonell måte enn det som ofte er tilfellet i dag.

4.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning har vært et av hovedområdene i Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2008 (40). Brukermedvirkning lar utgangspunkt i respekten for det enkelte menneske og brukernes erfaringer, ved at man erkjenner at de kan bidra med nyttig kunnskap og innsikt om egen situasjon. For brukere som engasjeres i medvirkning representerer dette en aktivisering som kan styrke mulighetene for å kunne mestre eget liv, sikre verdighet og bidra til at behov for tiltak blir ivare tatt.

4.2 Medvirkning på individnivå

Det er tjenesteapparatets ansvar å legge til rette for reell brukermedvirkning. Dette betyr at tjenesteapparatet skal være lydhort overfor brukernes behov slik de selv definerer det. Tiltak for etterlatte ved selvmord kan ikke følge behandlingsmodeller for psykisk helsevern fordi

etterlatte som gruppe ikke er mennesker med en psykisk sykdom som trenger ordninger behandling, men er mennesker i en krisesituasjon etter å ha opplevd en stor belastning. Dette, så vel som etterlattes uttrykte behov, tilsier at de bør tilbys en skreddersydd, bredspektrert profesjonell oppfølging.

Aktuelt regelverk i forhold til medvirkning, informasjon og samtykke (det siste gjelder barn under 16 år):

- Lov om pasientrettigheter (LOV-1999-07-02-63)

§ 3-3. Informasjon til pasientens nærmeste pårørende

Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand.

§ 4-1. Hovedregel om samtykke

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke.

§ 4-4. Samtykke på vegne av barn

Foreldre eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år.

- *Lov om sosiale tjenester m.v. (LOV-1991-12-13-81)*

§ 8-3 Barns rettigheter under saksbehandlingen

Et barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det.

§ 8-4 Plikt til å rådføre seg med klienten

Tjenestetilbudet skal så langt mulig utformes i samarbeid med klienten. Det skal legges stor vekt på hva klienten mener.

- Se også: Helsedirektoratets rapport "Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet" (2006) (41)

5. TJENESTER OG AKTØRER KNYTTET TIL TILTAK FOR ETTERLATTE VED SELVMORD

En rekke aktører vil ha klart definerte roller etter at det har skjedd et selvmord. Denne veilederen skisserer innholdet i de ulike tjenestene som er involvert, slik de ideelt sett bør



FYLKESMANNEN I ROGALAND
Helse- og sosialavdelinga

Vår ref.: 2009/1488
Arkivnr.:

Deres ref.:
Vår dato: 13.08.2010

Eigersund kommune
Postboks 580
4379 Eigersund

Eigersund kommune	
GRANSKING	KIH RHO KMO
MOEDTE	1 6 AUG 2010
ARKIVSAKID	09/456-FBS

Avslutning av tilsyn med barnevern, helse- og sosiale tjenester i Eigersund kommune


Det vises til Fylkesmannens tilsynsrapport av 10.06.2009, brev av 17.11.2009 og 04.02.2010 og Eigersund kommunes svarbrev datert 05.10.2009, 15.12.2009 og 02.08.2010.

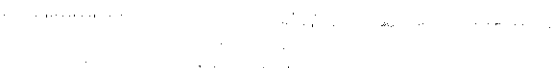
Som det framgår av rapporten ble det avdekket 2 avvik under tilsynet. Kommunen har utarbeidet en plan for lukking av avvikene i etterkant av tilsynet. Etter ønske fra tilsynsmyndigheten har kommunen foretatt en evaluering av de tiltakene som ble iverksatt. I brev av 02.08.2010 redegjør kommunen for hvilken effekt tiltakene har hatt i kommunen. Evalueringen er gjennomgått i samlet ledergruppe for hjelpetjenestene i kommunen.

Tilsynsmyndighetene har vurdert de tiltakene som er satt i verk som tilstrekkelige. Tilsynet avsluttes med dette.

Vi takker for godt samarbeid under tilsynet.

Med hilsen


Lone M. Solheim
ass.direktør


Trine Hove Bjørnsen
revisjonsleder

Saksbehandler: Trine Hove Bjørnsen
Saksbehandlers telefon: 51 56 88 54
E-post: trine.hove.bjornsen@fmro.no

Postadresse:	Besøksadresse:	Telefon:	e-post:	Landbruksavd.	Telefon:
		51568700	postmottak@fmro.no	Lagårdsv. 80	51568700
Postboks 59	Lagårdsv. 78	Telefaks:	Hjemmeside:	Postboks 59	Telefaks:
4001 Stavanger	Stavanger	51568811	www.fylkesmannen.no/rogaland	4001 Stavanger	51568811

vere. Aktørene presenteres i den rekkefølge de vanligvis tidsmessig kommer i kontakt med pårørende etter at det har skjedd et selvmord. For alle gjelder det å ha stor respekt for både avdøde og for de etterlatte.

Oversikt over ulike aktører ved selvmord

- Politi
- Begravelsesbyrå
- Prest
- Kommunehelsetjeneste
- Helsestasjons- skolehelsetjeneste
- Barnehage / skole
- Familievern
- Psykisk helsevern
- Støtteorganisasjoner
- Sosiale nettverk
- Arbeidsplass

5.1 Politi

Politiets oppgaver ved selvmord er knyttet til utrykning til dødsstedet, varslingsansvar (ofte delegert til prest), undersøkelse og sikring av bevis, og evt. obduksjonsbegjæring. Ettersom politiet også rykker ut ved andre kategorier "unaturlige dødsfall", er anbefalingene nedenfor knyttet til dødsfall som er klare selvmord eller der pårørende oppfatter det som mest sannsynlig selvmord.

Politi er ofte den instansen som først kommer til åstedet. Den som har funnet en avdød ringer vanligvis 113 eller den lokale legevakt, som setter over til politiets operasjonssentral. Politiet rykker ut umiddelbart og vil i mange tilfeller komme til stedet før lege ankommer. Lege fra legevakt rykker også ut, slik at legen på stedet kan fastslå døden og skrive ut dødsattest (Legeerklæring om dødsfall).

Politiets oppgaver er knyttet til et lovpålagt ansvar for å undersøke omstendighetene rundt det som defineres som unaturlige dødsfall, for å fastslå så langt det lar seg gjøre om dødsfallet er

resultat av en selvpåført skade, eller om døden skyldes sykdom, ulykke eller drap. Er pårørende til stede, er det vanlig at politiet snakker med dem for å få mest mulig informasjon om omstendighetene rundt dødsfallet. Ved unaturlige dødsfall er det politiet som begjærer obduksjon.

Politi har det formelle ansvaret for å varsle pårørende. I tilfeller hvor det ikke er pårørende som finner avdøde, vil politiet ofte delegerer sitt ansvar og kontakte vakthavende prest som deretter varsler de etterlatte. Politiets oppgave avsluttes vanligvis når forholdene rundt dødsfallet er klargjort, og rapport er skrevet. Denne rapporten sendes til obduksjonsinstansen. For politiets del er det en fordel å ha noe kunnskap om familieforholdene dit man skal, f. eks. antall husstandsmedlemmer, kjønn og alder på barn o.l. slik at man vet noe om hvem etterlatte er. Det anbefales at man tar seg tid til å finne disse opplysningene i Folkeregisteret før man rykker ut, slik at politiet er litt forberedt på familiesituasjonen man kommer til.

Dersom pårørende ikke er til stede, og politiet har behov for informasjon fra pårørende i etertid, vil vanligvis andre enn de som rykker ut kontakte pårørende. For de etterlatte kan det være en fordel at prest og politi kommer hjem og varsler om dødsfallet sammen. I enkelte kommuner har man god erfaring med dette ettersom pårørende ofte har mange spørsmål knyttet til funnstedet som bare politiet kan svare på, og etterlatte er gjerne i behov av disse svarene umiddelbart. Spesielt vil informasjonsbehovet være stort der f. eks. avdøde har vært savnet en tid og blitt funnet langt fra hjemmet. Det er viktig at politiet gir pårørende mulighet for slike samtaler, og at det gis muligheter for flere samtaler (42).

Det kan være et stort behov for å rydde/vaske der det har skjedd selvmord ved metodet som skyting eller kutting. Av og til kan politiet ha behov for å pløbere boligen inntil alle forhold rundt dødsfallet er grundig undersøkt, og boligen rengjort. Politiet bør ha et system for rekvirering av spesielt kyndige folk til å rengjøre og rydde et slikt åsted, slik at etterlatte slipper å gjøre dette selv. De etterlatte må ivaretas den tiden det tar å få vasket og ryddet. I slike situasjoner må det veie tungt at etterlatte kan påføres ekstra belastning dersom de holdes borte fra egen bolig i lengre tid enn det nødvendigvis tar å få gjort disse undersøkelsene og oppryddingen. Dette arbeidet må gis høyeste prioritet, slik at de etterlatte snarest mulig får tilgang til egen bolig.

5.1.1 Varsling om selvmord til kommunal hjelpeinstans

Ut fra etterlatets uttalte behov for rask og automatisk bistand er det grunnleggende viktig at det etableres rutiner for varsling om selvmord til en oppfølgingsinstans som tar kontakt med etterlatte og sørger for at hjelpebehov dekkes så godt det lar seg gjøre, både på kort og lengre sikt. Et slikt varslingsystem kan etableres mellom politi og den kommunale instans som naturlig kan påta seg en slik oppgave. Juridisk kan en slik varsling sees som en del av politiets lovbestemte plikt til å organisere redningsinnsats. Et slikt varslingsystem vil også lette politiets arbeid.

Den rettslige begrensning av å gi slik informasjon uten samtykke er i utgangspunktet taushetsplikten.

Politiets taushetsplikt er regulert i politilovens § 24 som bl.a. fastsetter at forvaltningslovens §§ 13 – 13f gjelder for virksomhet som gjelder andre saker enn straffesaker, med de modifikasjoner som følger av politilovens § 24.

I politilovens § 27 er det imidlertid også bestemt vedrørende ulykkes- og katastrofesituasjoner: "Det tilligger politiet å iverksette og organisere redningsinnsats der menneskers liv eller helse er truet, hvis ikke en annen myndighet er pålagt ansvaret." Av interesse er også § 12-2 i FOR-1990-06-22-3963: A Im. tjenesteinstruks for politiet:

§ 12-2. Politiets plikter i ulykkesstilfelle.

Politiet plikter å sette i verk, lede og organisere etterforsknings- og/eller redningsaksjoner av en hvilken som helst art og i samsvar med organisasjonsplan for redningstjenesten fastsatt ved kgl.res. av 4. juli 1980.

5.2 Begravelsesbyrå

Gravferdskonsulentens oppgaver er knyttet til transport, stell og syning av avdøde, fulgt av samtaler med pårørende, utføring av ønsker for begravelsen og gjennomføringen av gravferdsseremonien.

I mange tilfeller vil begravelsesbyrået komme ganske raskt etter politiet / legen til stedet der et selvmord har funnet sted. Deres oppgave består da i å transportere den døde til obduksjon eller til bårekapell. Det finnes ulike rutiner i ulike kommuner, enten politiet tilkaller et bestemt begravelsesbyrå eller man spør pårørende om deres ønsker. De etterlatte skal selvfølgelig bestemme hvilket byrå de vil bruke. Men der de trenger råd er gjerne politiet godt kjent med de ulike byråers erfaring med å møte etterlatte ved selvmord på en profesjonell og omsorgsfull måte.

Hvordan begravelsesbyrået møter etterlatte ved selvmord vil ha stor betydning for dem i ettertid. Det er nå vanlig å forsøke og fremme åpenhet om at avdødes dødsfall var selvmord. Ved åpenhet vil en på et tidlig tidspunkt forebygge eventuelle spekulasjoner og rykter, samt at pårørende vil slippe å være usikre på om venner/bekjente vet hva som ligger bak dødsfallet. Ikke minst fungerer åpenheten som en "invitasjon" til deltakelse for sosiale nettverk. Mange etterlatte gir uttrykk for at de har valgt å være åpne om selvmordet. Erfaring tilsier derfor at gravferdskonsulenter som hovedprinsipp kan gi råd om åpenhet i forhold til dødsårsak, samt å fraråde at etterlatte velger å la begravelsen foregå "i stilhet".

Ved selvmord kan det være spesielle problemer knyttet til utforming av dødsannonse, hvor mye som skal sies under gravferdsseremonien, om det skal være minnestund etterpå, hva slags musikk man skal velge, og om annonseringen av dødsfallet skal skje før begravelsen eller om man ønsker å vente til etterpå. Det er viktig å hjelpe de etterlatte på en slik måte at alle disse vanskelige tingene kan snakkes om. Gravferdskonsulenten må være godt kjent med vanlige sjokkreaksjoner, slik at f. eks. alle avtaler medfelles skriftlig til de pårørende, fordi noen husker lite av denne samtalen etterpå. Det kan være nyttig å tilby en oppfølgingsamtale for å gjennomgå avtalene en gang til. Det er en hjelp for etterlatte at alle rutiner fremgår av en brosjyre som deles ut til pårørende. Ved selvmord er det spesielt viktig at gravferdskonsulenten er oppdatert på kunnskap om etterlattes spesielle behov, samtidig som man er lydhør overfor den enkeltes ønsker. Det finnes tilbud om å opprette minnebok på internett, hvor familie og venner kan legge inn en hilsen. Å lese eller skrive i minneboken kan være til hjelp for etterlatte i en viss tid etter gravferden.

5.2.1 Prosedyrer for syning

Der avdøde har omfattende skader, kan det være vanskelig å gi råd om å se vedkommende. Imidlertid uttrykkes det ofte fra pårørende i ettertid at det var viktig for dem å se avdøde for å virkelig forstå at hun/han var død. En måte å løse denne situasjonen på kan være å dekke til hodet hvis det er svært skadet, og vise f. eks. avdødes hender og armer, slik at man kan kjenne ham/henne igjen. Man skal også huske at det kan være viktig for langt flere enn den nærmeste familie å se avdøde. Gravferdskonsulenten kan formidle til familien at dersom de ønsker det så kan også venner, kolleger, skolekamerater og andre som har stått avdøde nær komme til syning sammen med konsulenten. Råd i forhold til inkludering av barn er for eksempel beskrevet i en bok av psykolog Renate G. Bugge (43).

5.3 Prest

Prestens oppgaver er knyttet til varsling, bårerandakt, sorgesamtale for begravelsen/bisetelsen, eventuelt syning, begravelse/bisetelse, urnedsettelse, og informasjon om lokale oppfølgings tilbud til pårørende (i regi av kommune eller kirke). Ulike prester utfører av og til ulike oppgaver.

Der dødsfall skjer uten pårørende til stede er det politiet som har det overordnede ansvar for at pårørende varsles, men politiet delegerer ofte til presten å gå med dødsbudskapet. De statsansatte prestene har siden 2005 hatt en beredskapsavtale der denne tjenesten er regulert, bl.a. i forhold til vakttiden som er mellom kl. 17:00 - 08:00 på hverdager og hele helgen. De lokale prostekontorer har etablert vaktberedskapen, slik at politiet alltid vil kunne få kontakt med prest til denne oppgaven. Presten blir oppringt av politiet og får informasjon om avdødes navn, alder og bosted.

5.3.1 Prestens rolle

Ved formidling av dødsbudskapet er prestens oppgave å få gitt de pårørende beskjed og være til stede for dem. Dette er ikke stedet for forkynnelse. Det hører hjemme i en eventuell seremoni som presten leder. Forkynnelsen skal ha fokus på omsorg, støtte og håp. Presten må aldri opptre som en dommer over folks liv eller være moraliserende. Det er viktig å være raus i møte med folks ønsker av sang, musikk og annet i seremoniene.

5.3.2 Rutiner for formidling av dødsbudskap

For etterlattes bearbeidelse av å miste en kjær person ved selvmord, er det avgjørende at formidlingen av dødsbudskapet skjer på en best mulig måte.

- Når presten blir bedt om å gå med et dødsbudskap, er det nyttig å få vite noe om omstendighetene rundt dødsfallet, slik at de etterlatte kan få vite noe mer fra presten enn at personen er død. I tillegg trenger presten navn og adresse til de pårørende som skal ha beskjed. Presten noterer også ned navn og nummer til polititjenestemannen som har gitt beskjeden.
- Presten bør alltid dra hjem til de pårørende for å gi beskjed. Hvis værforhold eller store avstander gjør dette umulig, prøver en å få en annen person til å overbringe beskjeden. Telefonbeskjed bør unngås, men dersom det tar lang tid for varsleren å nå frem kan det av og til være nødvendig å ringe.
- Når presten ringer på og presenterer seg, sjekkes det først at hun/han har kommet til riktig sted. En sier at man har en viktig melding å gi, og ber om å få komme inn. Om presten ikke slippes inn, må hun/han levere en skriftlig melding med navn på avdøde, navn og telefonnummer til presten og navn og telefonnummer til polititjenestemannen.
- Meldingen gis på en slik måte at det raskest mulig formidles hvem som er død. Vær forberedt på og gi rom for ulike reaksjoner: benektelse, fortvilelse, sinne, osv.
- Melding gis tilbake til politiet om at beskjed er gitt. Om det ikke er folk hjemme, må politiet få beskjed om dette.
- Presten bør bli hos de etterlatte så lenge de trenger det, og helst til noen slektninger eller venner har kommet for å være sammen med dem.
- Pårørende gis beskjed om at de kan kontakte politiet for nærmere informasjon.

Det hersker noe ulik oppfatning blant etterlatte om prester i Den norske kirken er de rette til å ha ansvar for å komme med dødsbudskap. I et flerkulturelt samfunn, der mange har helt andre kirkefilknytninger enn den norske statskirken, eller ingen kirkefilknytning i det hele tatt, kan det argumenteres for at varslingen bør legges til en trosnøytral instans. Per i dag er denne jobben lagt til den instans med bredest erfaring på kommunikasjon, ivaretagelse og organisering av tjenester i forbindelse med dødsfall for et flertall av befolkningen. Uansett hvem som kommer med dødsbudskapet så må vedkommende formidle skriftlig og muntlig hvor pårørende kan få videre hjelp (42).

5.4 Kommunehelsetjenesten

5.4.1 Kommuneoverlege

Tiltak for etterlatte ved selvmord berører en rekke kommunale instanser. Kommuneoverlegen har et overordnet ansvar for å utvikle et tjenestetilbud som er ivarettakende på ulike nivåer. Kommuneoverlegen kan selv være med i kommunale kriseteam, eller ha et overordnet veilederansvar. Flere kommuner har egne selvmordsforebyggende team (f.eks. Asker og Bærum (16,44)), og alle kommuner skal ha en akuttberedskap som eventuelt trer i funksjon ved selvmord.

5.4.2 Fastlege

Det er viktig at fastlegen tar aktivt ansvar og at dennes rolle tydeliggjøres i arbeidet med etterlatte ved selvmord. I visse tilfeller vil fastlegen ha vært hele familiens lege, også avdødes. I slike tilfeller er det som regel et sterkt behov hos etterlatte for hjelp fra fastlegen til å forstå selvmordet. Men etterlatte kan også klandre fastlegen for ikke å ha forstått at en suicidal krise var under utvikling, og for ikke å ha forebygget selvmordet. Slike forhold må fastlegen være åpen for å drøfte med de etterlatte. Fastlegen har i tillegg til selv å ivareta etterlatte, mulighet for å ha god oversikt over andre omsorgstiltak, og kan sørge for at etterlatte får kjennskap/hjelp til å komme i kontakt med de ulike tiltakene. Fastlegen vil være den pårørende henvender seg til for sykemelding på grunn av kroppslige plager, som søvnløshet og fysiske smerter, eller for psykiske reaksjoner som angst, uro, nedstemthet. Det er viktig at fastlegen skiller normale reaksjoner på en uventet hendelse fra symptomer på psykisk sykdom, og forlenget sorg fra normal sorg. Fastlegen må følge pårørende slik at det på et tidlig tidspunkt kan avdekkes hvis de også har symptomer på PTSD. I slike tilfeller er det nødvendig at fastlegen henviser etterlatte til det psykiske helsevernet.

5.5 Helsesjansjons- og skolehelsefjeneste

Helsesøster er en sentral kontaktperson for barn og unge som sliter, og derfor også for barn som etterlatte ved selvmord. Helsesøstre med spesialkunnskap kan ha en sentral rolle i skolering av lærere/skolehelsefjenesten i selvmordsproblematikk, krise og sorg, for å kunne ivareta berørte parter. Det er nødvendig med en slik ansvarlig person på skolen slik at ivarettelsen skjer automatisk og planlagt. De generelle kriseplanene som alle skoler er pålagt å utarbeide må inneholde klare råd for krisehåndtering ved selvmord.

5.5.1 "Smitteseffekt" ved selvmord (identifikasjons-selvmord)

Det hersker fremdeles mange myter rundt selvmord, en av dem er at det er best å ikke snakke om temaet. Men det er ved ikke å snakke om selvmord på en måte som demper selvmordsfaren hos andre at vi kan få flere selvmord i kjølvannet av det første. Dette omtales gjerne som "smitteseffekt" eller identifikasjonseffekt, det vil si at andre synes de finner så stor likhet mellom sine egne problemer og dem de tror avdøde hadde at de selv får tanker om å gi opp livet. Identifikasjonseffekten kan være ekstra stor i et skolemiljø der det feilaktig settes likhetstegn mellom avdøde og en selv ut fra overflatiske betraktninger om å være frustrerte skoleelever med en del tilleggsproblemer som kan oppleves mye likere enn de egentlig er. Det er derfor viktig å klargjøre for elevene at ingen er helt like, og at det er en komplisert prosess med sammenfall av mange problemer som fører til selvmord, selv om enkelte forhold kan virke lett gjenkjennelige. Glorifisering av den som tok sitt liv kan av og til oppstå i ungdomsmiljøer, og for enkelte kan dette være med på å senke terskelen for egne selvmordshandlinger. Det er derfor viktig at omtale og minnestunder i skolen eller andre steder har et nøkternt og empatisk preg uten idyllisering av selvmordshandlingen.

Selvmord må omtales som et tragisk problem og ikke som en løsning. Generelt kan man snakke om løsningsmuligheter når livet er vanskelig, og på denne måten hjelpe barn/unge til å se at det finnes mestringmuligheter selv ved problemer som kan oppleves uløselige. Det å bli gående uten hjelp til bearbeiding av sjokk og sorg kan medvirke til selvmordsfare for enkelte medelever. Det er viktig at hele skolemiljøet vet hvordan de skal håndtere etterlatte elever, øvrige elever og lærerstab etter selvmord blant skoleelever eller deres nærmeste pårørende. Helsesøster kan hjelpe pårørende til å få kontakt med hjelpeapparatet ved behov, og alle bør få informasjon om hvor slik hjelp finnes. Den såkalte smitteseffekten kan også gjøre seg gjeldende ved selvmordsforsøk, der ett selvmordsforsøk kan utløse flere dersom de berørte ikke får hjelp til å takle situasjonen (www.selvmord.no).

5.6 Barnehage

Barnehagebarn kan miste mor, far, søsken eller andre familiemedlemmer ved selvmord, eller en ansatt i barnehagen kan ta livet av seg. Barnehagen er en arena der etterlatte barn både kan få støtte i sorgen og være omgitt av et normalt miljø med lek og glede. Det at barn innimellom kan gi seg hen til lek og latter, avløst av ulike former for sorgreaksjoner hører med til barns normale væremåte. Det er viktig å snakke med barn om selvmord på en ærlig og likefrem

måte, med ord som selv små barn kan forstå. Begrepet "tankesykdom", hvordan de syke og svarte tankene kan ta over i hjernen og gjøre det mørkt og kaldt slik at de friske tankene visner og dør, kan være en måte å forklare selvmord på for små barn (45).

All kommunikasjon om selvmord som rammer barnehagebarn må foregå i samråd med barnas nærmeste pårørende. Det er viktig at det som blir sagt hjemme og det som sies i barnehagen er i overensstemmelse med hverandre. Barn må også gis lov til å reagere både med følelser og ord slik at de ikke bringes til taushet ved at omgivelsene signaliserer at selvmord er noe som ikke kan snakkes om. Det er viktig at det gis tilstrekkelig informasjon slik at barn ikke får ny og viktig informasjon fra utenforstående. Barnehager skal ha utarbeidet planer for hvordan de ansatte håndterer kriser generelt. I disse planene bør det ligge retningslinjer for kommunikasjon med barn ved død/selvmord spesielt (46). En billedbok for små barn, "Pappa ville ikke leve lenger", kan og være til hjelp (47).

5.7 Skole

Skolen er en svært sentral arena for støtte til kriserammede barn og unge, men også for støtte til den rammede familien som helhet. Skolens målsettinger om et nært forhold mellom hjem og skole for å ivareta barn og unges trivsel og miljø, vil kreve involvering og ivaretagelse når barna opplever selvmord blant nærstående. Mange skoler har et slikt fokus i dag. Ivaretagelsen kan innebære flaggheising, minnestund og i noen tilfeller også syning dersom det er en medelev som har tatt livet sitt. Videre kan stotten bestå i hjemmebesøk, tegninger og hilsener til hjemmet, evt. deltakelse i begravelse, tematisering av sorg, tap, krisereaksjoner, markering av merkedager (øks. v/høytider: blomster på grav, besøk til foreldre). Lærere kan også drøfte hendelsen med elevene og gi råd om egenmestring, samt ivaretagelse av de mest berørte elevene, eventuelt i samarbeid med skolens pedagogisk-psykologiske tjeneste (PPT).

Ved å gi medelever tid og muligheter til empatisk innlevelse i skoletiden kan skolens personale bli en god støtte for både de nærmest berørte barn/unge og andre skoleelever som indirekte er berørt av selvmord. Det er derfor viktig med høy bevissthet i forhold til å ivareta berørte elever og miljøet på en slik måte at unge etterlatte kan være åpne om det som har skjedd uten å bli stigmatisert ut fra manglende kunnskap om selvmord.

Skolen kan også bli direkte berørt ved at en elev eller lærer tar livet av seg. Skolens kriseredsapsplan må inneholde retningslinjer for ivaretagelse av både familiene til avdøde, kolleger og medelever på skolen (www.kriser.no).

Tiltakene i skolen bør inneholde:

- åpen og direkte informasjon til elever og lærere om hva som har skjedd
- grensesetting i forhold til spekulasjoner om årsaker
- anledning for medelever til å stille spørsmål, uttrykke egne reaksjoner og empati overfor de rammede (tegninger, blomster, deltakelse i begravelse, i forståelse med etterlatt familie)
- mulighet for elevene å snakke om og bearbeide det som har skjedd over tid
- mulighet til å gjenoppta skolen så snart som mulig for etterlatte elever
- tilrettelegging for å overkomme lærings- og konsentrasjonsvansker
- empati og støtte som de unge rammede kan ta imot, og har behov for

5.8 Psykologkompetanse i kommunen

For barn og unge med behov for psykologhjelp bør et lavterskeltilbud av kommunal psykologtjeneste være tilgjengelig, enten knyttet til skolehelsestjenesten eller som egen psykologtjeneste. Med midler fra Opptappingsplanen for psykisk helse har flere psykologer blitt ansatt i kommunene. Slike psykologstillinger kan blant annet brukes til å formidle psykologisk kunnskap til beslutningstakere og kommuneetene.

Psykologkompetanse kan også brukes i forebyggende arbeid og tidlig intervensjon overfor selvmordsetterlatte som sliter med psykiske og eksistensielle problemer av en karakter som i hovedsak ikke faller innunder spesialisthelsestjenestens ansvarsområde (psykiske lidelser).

5.9 Familievern

Familievern gir tilbud til mennesker med ulike typer samfivs- og relasjonsproblemer. Det er en spesialtjeneste som gir tilbud om behandling og rådgivning når det foreligger vansker, konflikter eller kriser i familien. Samtalerapi for par og familier er det viktigste tilbudet. På

familievernkontorene arbeider det blant annet psykologer og sosionomer med videreutdanning i familierapi. Fagpersonene har lang klinisk erfaring i å jobbe med kriser og problemer knyttet til tap.

Etter et selvmord blir mange i et familienettverk berørt. Ofte trenger hele familien hjelp. Selv om den/ de etterlatte kan trenge individuell hjelp til bearbeiding av selvmordet og til å takle traumat, er det viktig at noen ser hele familiesystemet under ett. Her kan familievernet bidra med sin kompetanse på familiearbeid.

Det er familievernkontor i alle fylker i Norge. Tjenesten er gratis og alle kan selv ringe og be om time. Henvisning er ikke nødvendig. Kontorene tar imot enkeltpersoner, par og familier – unge og eldre.

5.10 Psykisk helsevern

For voksne etterlatte kan det være aktuelt med henvisning fra fastlege til et lokalt distriktpsikiatriske senter (DPS). I en akutt krisesituasjon vil de fleste DPSer ikke kreve slik henvisning, men ta imot etterlatte nesten på dagen, og ordne henvisning i ettertid. Kontakt med psykisk helsevern vil være ønskelig der symptomtrykket er høyt, slik at det kan settes i gang arbeid med å diagnostisere og behandle i de tilfeller der pårørende har en psykisk lidelse. Det er altså primært ved fare for tilstedeværelse av en psykisk lidelse at henvisning til DPS er riktig. Fordi etterlattes reaksjoner etter et selvmord naturlig nok kan være svært sterke, er det ikke alltid lett å skille mellom patologi og det som er normale reaksjoner på en ekstrem situasjon.

For barn og unge vil omgivelsenes reaksjoner og ivaretagelse fra voksne i de fleste tilfeller være tilstrekkelig til at det ikke utvikles patologiske reaksjoner i kjølvannet av selvmord, forutsatt at omsorgen gis i overensstemmelse med faglige råd. Henvisning til psykisk helsevern for barn og unge vil derfor sjelden være nødvendig eller ønskelig, med mindre den unge fra før av sliter med en behandlingstrengende psykisk lidelse.

Når det gjelder etterlatte ved selvmord som skjer i tilslutning til behandling i psykisk helsevern, vises det til retningslinjen fra Helsedirektoratet (15). I forbindelse med dette minner vi om at i tillegg til de nærmeste utenfor behandlingssituasjonen, er medpasienter og

behandlere også etterlatte. Mange av de prinsippene vi legger til grunn i denne veilederen vil også gjelde innefor et behandlingssystem.

5.11 Likemannsstøtte

Mange etterlatte opplever støtte fra likemenn (andre som har opplevd lignende/det samme) som svært viktig. De kan oppleve at "sorgfelleskapet" bidrar til å normalisere den ekstreme situasjonen de er i etter et selvmord, ved at de får muligheten til å dele følelser og uttrykke sorgen sammen med noen som forstår uten at de hele tiden må forklare. I tillegg kan de få råd om strategier for å takle egne så vel som andres reaksjoner, og om hvor man kan få ulike former for hjelp.

Gjennom likemannsstøtte kan de etterlatte:

- møte andre og oppleve at de er i lignende situasjon som en selv
- få bekrefteelse på det normale i egne reaksjoner
- få snakke om tanker og følelser en sjelden lufter med andre, bli lyttet seriøst til og virkelig føle seg forstått av andre
- føle seg forstått uten å måtte si så mye
- få råd og informasjon (egenmestring, hjelpetilbud, litteratur)
- få håp og tro på at det er mulig å gå videre (gjennom å møte andre med lengre "fartstid")
- ta "time-out", gjøre lystbetonte ting, eller våge å slippe til gløden sammen med andre, fordi man samtidig kan ha med seg alvoret (11)

5.11.1 Likemannsstøtte – LEVE

I Norge er likemannsstøtte ved selvmord organisert gjennom etterlatteforeningen LEVE (www.levenor.no) eller andre frivillige organisasjoner, kommunale sorg- eller støttegrupper, eller menigheter i ulike trossamfunn.

- På bakgrunn av et dokumentert behov (26) ble LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, etablert i Norge i 1999.
- Foreningen arbeider aktivt for å sikre offentlig oppfølgings tilbud til de pårørende.
- Gjennom sitt arbeid er også LEVE med på å synliggjøre og utnytte etterlatte som ressurs i arbeidet.

Siden LEVE ble etablert er det bygget opp mange tiltak på landsbasis. Organisasjonen er representert i alle landets fylker, og har per i dag over tusen medlemmer. Hovedsatsingsområder er omsorg, støtte og informasjon. I tillegg bidrar organisasjonen i det forebyggende arbeidet og ønsker så langt det er mulig å medvirke til forskning. LEVE driver blant annet sorggrupper, kontaktelefoner, treffsteder, seminarvirksomhet, og markeringer av Verdensdagen for selvmordsforebygging. Foreningen gir også ut et medlemsblad. LEVE driver opplysningsvirksomhet om selvmord og etterlattes situasjon, både i befolkningen og blant helsepersonell.

Likemannsstøtten kan skje gjennom én-til-én-møter eller telefonsamtaler, gjennom grupper, eller ulike samlinger og møter i LEVEs regi. For noen vil likemannsstøtten gjennom deltakelse i LEVE være tilstrekkelig hjelp etter selvmord, for andre vil det være nødvendige med andre tiltak.

5.11.2 Likemannsstøtte Unge LEVE

Unge LEVE er i ferd med å bygges opp som en egen avdeling i organisasjonen og består av unge som selv har opplevd selvmord blant sine nærmeste. Unge LEVE har en egen side med informasjon på LEVEs hjemmesider, og egen e-post for henvendelser fra unge: ungeleve@leve.no. Det er tre representanter for unge etterlatte i sentralstyret, og fylkeslagene arbeider med å rekruttere ungdomsrepresentanter til sine fylkesstyrrer.

I samarbeid med hovedorganisasjonen, bidrar Unge LEVE til å sikre tilstrekkelig hjelp og støtte til unge etterlatte ved selvmord gjennom aktiviteter og tiltak, og er pådriver for at alle unge som trenger det skal få et profesjonelt oppfølgingstilbud. Unge LEVE driver opplysningsvirksomhet om ungdom og selvmord, og ved sin aktivitet synliggjør organisasjonen bruken av ungdom som en ressurs i sorgstøtte og i det selvmordsforebyggende arbeidet.

5.12 Sosialt nettverk

Støtte fra sosiale nettverk er av stor betydning for etterlatte ved selvmord. Når etterlatte i enkelte undersøkelser gir uttrykk for at de har opplevd mangelfull støtte fra sitt nettverk, kan

det henge sammen med en del spesielle forhold knyttet til selvmord. Det kan råde stor usikkerhet i nettverket om hva slags hjelp de etterlatte trenger, hva man skal si, hvordan man skal møte etterlattes kløanding av seg selv, hvordan man kan takle eventuell aggressivitet fra etterlatte mot avdøde, mot andre i familien, mot helsevesenet osv.

De to hovedteoriene som har vært rådende for å forklare den positive effekten fra sosial nettverksstøtte ved kriser, er "buffer-teorien" (støtputeteorien) og «recovery»-teorien (bedringsteorien) (28). Buffer-teorien forklarer effekten av støtte gjennom en generell demping av negative virkninger av krisehendelser. Eksempel på dette kan være når venner stiller opp i etterkant av dødsfall for å trøste, gi praktisk hjelp eller bare være til stede. Sosial nettverksstøtte kan og være i form av et mer eller mindre konstant "klima" av daglig omsorg, daglige oppmuntringer, gode følelser og samvær med andre. Slik kan det tenkes at kriserammede fortære kommer seg til hektene igjen ("recovery") fordi den positive ballasten de har minsker de store påkjenningene ved alvorlige livshendelser (48). Ifølge teoriene vil sorg- og kriserammede med gode støttenettverk ikke rammes så hardt som andre, og de vil komme seg fortære til hektene igjen.

Den viktigste støtten ved store livsbelastinger er ofte den støtten pårørende selv gir hverandre. "Pårørende - en ressurs" er tittelen på en veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester (49). Det å ha et ressursperspektiv i forhold til pårørende er også viktig ved selvmord. Det overordnede mål for all hjelp til etterlatte bør være å bistå dem i den vanskeligste fasen slik at de snarest mulig kan ivareta seg selv og sine nærmeste. Dette gjelder spesielt for foreldre med ansvar for barn.

Generelle råd for nettverkstøtte

- Ta aktivt og tidlig kontakt.
- Finn ut om de etterlatte har behov for din støtte.
- Fortell dem at du er der for dem og ønsker å støtte.
- Vær direkte og ærlig om din usikkerhet på å støtte.
- Finn ut hva du kan gjøre – spør dem hva de ønsker.
- Vis respekt, tålmodighet og vær forberedt på en eventuell avvisning.
- Det er ikke viktig å si mye – men vis at du bryr deg.
- Send et brev, en blomst, en liten hilsen – og det varmer med en klem!

- Hør om de etterlatte ønsker å snakke om det som har hendt, og gjenta tilbudet.
- Vær spesielt oppmerksom på barn i familien.
- Gi støtte som viser at du minnes den avdøde over tid.
- Stimuler til delaktelse i sosiale aktiviteter.
- Tilby hjelp til praktiske ting, men ikke ta over uten at de etterlatte ber om det. Praktisk hjelp kan for eksempel være avlastning med barn eller hage- og husarbeid.
- Bidra til kontakt med andre etterlatte, sorgegrupper eller pårørende foreninger.
- Vær til stede og tilgjengelig.
- Lytt oppriktig og innstendig – vis empati.
- Vis respekt og forståelse for de etterlattes sorg.
- Ta initiativ og kom med forslag uten å forvente like mye initiativ tilbake.
- Bruk den dodes navn i samtaler der det er naturlig.
- Vis at du bryr deg og stiller opp over tid.
- Vær forberedt på og tål å bli avvist (28).

Erkjennelsen av at selvmord oppleves som et traume for langt flere enn den nærmeste familie, innebærer at profesjonell bistand bør være tilgjengelig for større deler av det sosiale nettverket enn de aller nærmeste. Fagfolk som kommer i kontakt med etterlatte kan være med å optimalisere støtten til de nærmeste ved å gi et tilbud til det utvidete nettverket. Dette kan dreie seg om kortvarig kontakt, som gjennom å mobilisere, stimulere og støtte det sosiale nettverket, slik at det kan styrke deres mulighet for å støtte de nærmeste (28). Fagfolks bidrag kan være av stor betydning for å gjøre nettverket i stand til å yte optimal støtte til etterlatte ved selvmord.

5.13 Arbeidsplassen

Arbeidsplassen er en viktig arena etter kriser i mange menneskers liv, fordi den har en identitetsskapende-, og identitetsbevarende funksjon. Arbeidsplassen kan også være en nøkkellarena for sosial støtte, fordi den for mange er et sentralt møtested med samfunnet utenfor familien. Det kan være av avgjørende betydning for bearbeidningen av tapet hvordan man blir møtt der, det være seg av ledere, kolleger eller bedriftshelsejeneste.

Tiltak kan legges til rette for:

- åpen og direkte informasjon til kolleger om hva som har skjedd
- anledning for kolleger til å stille spørsmål, uttrykke egne reaksjoner og empati overfor de rammede (blomster, deltakelse i begravelse (evt. syning) i forståelse med etterlattes familie)
- mulighet for den rammede å snakke om og bearbeide det som har skjedd
- mulighet til å gjenopppta arbeidet så snart som mulig
- tilrettelegging av arbeids situasjonen for å fungere gjennom dagen
- tilpasning av fravær ved velferdspermisjon og ulike former for sykmelding (50)

6. ULIKE TILBUD VED ULIKE BEHOV

Etterlatte ved selvmord er like ulike som folk flest. Det betyr at tilbudene må være slik at etterlatte blir hjulpet på sine egne premisser. Selv om selvmordsetterlatte som gruppe vil ha noen særegne belastninger som kan trenge bredspektret og behovstilpasset hjelp, vil behovet variere fra individ til individ, og over tid. Etterlattes behov for ivaretagelse omfatter både profesjonell hjelp og støtte fra både private og organiserte nettverk (for eksempel andre etterlatte).

Som tidligere omtalt kan symptombelastningen ved selvmord være ganske lik det man ser ved annen brå død, når det måles i forhold til angst, depresjon, PTSD eller forlenghet / komplisert sorg. Det er imidlertid innholdet i reaksjonene til etterlatte som utgjør særegne belastninger. Felles, og spesielt for etterlatte ved selvmord er alle de ubesvarte spørsmålene; "Hvorfor tok han livet sitt? Hvorfor akkurat nå? Hvorfor på denne måten? Hvorfor så jeg det ikke komme?" Mange sliter med skyldfølelse, og anklager seg selv for ikke å ha gjort noe som kunne forhindre dødsfallet eller nages av en opplevelse av selv å være ansvarlig for selvmordet.

6.1 Profesjonell hjelp

I norske så vel som utenlandske studier rapporterer 80 – 90 % av etterlatte ved selvmord at de i varierende grad har behov for profesjonell hjelp. Gjennomgående presiserer etterlatte at de ikke ønsker å bli jvislange klienter i et behandlingssystem, men at de ønsker hjelp til selvhjelp

for best mulig å klare og gå videre i livet. Deres behov er å få rutinemessig og hurtig hjelp for å forhindre at de blir klienter over tid.

Mange etterlatte gir uttrykk for at de vet at fagfolk og psykososial førstehjelp finnes, og at de har rett til hjelp, samtidig som de konstaterer at de ikke har krefter til å be om den hjelpen de trenger. Mange uttrykker ønsket om mer eller andre former for profesjonell hjelp enn det de mottar, og de etterspør et system som sikrer automatisk kontakt med offentlige hjelpeinstanser som har kompetanse på selvmord. De ønsker stabilitet og kontinuitet i støtten, kompetente hjelpere, og samtidig en hjelp som er fleksibel og individuelt tilpasset.

6.1.1 Tidlig, utstrekende og gjentatte hjelptilbud

I en krisesituasjon er det ofte vanskelig selv å mobilisere krefter til å kontakte hjelpeapparatet. Mange etterlatte etterlyser derfor et system der de ikke trenger å ta det første initiativet til kontakt. Det er ikke nok å informere etterlatte om hjelpetiltak, for deretter å la det være opp til dem å benytte seg av det. For noen er selvmordet så skambelagt at man kvier seg for å søke profesjonell hjelp, og dessuten vet ikke etterlatte alltid hva slags hjelp de egentlig trenger i en situasjon som kan virke svært kaotisk.

Mens det tidligere var svært få som ble kontaktet av hjelpeapparatet etter et selvmord, blir nå stadig flere etterlatte kontaktet av ulike former for kriseteam i løpet av den første uken etter selvmordet. Likevel gjenstår det å rutinisere og automatisere tilbudet slik at alle etterlatte kontaktes tidlig i alle kommuner, og at den akutte førstehjelpen følges av mer langsiktig oppfølging der det er behov for det.

6.1.2 Koordinering av hjelp – et kommunalt ansvar

Det er behov for en koordinerende instans som raskest mulig tar kontakt med etterlatte, og sørger for at alle som er berørt av selvmordet får den støtten de trenger. Hvert selvmord er unikt. Hver etterlatte er unik. Hver familie trenger tilpassete tiltak. Derfor må man ta utgangspunkt i hvert individs behov og de samlede sosiale systemenes ressurser.

Den koordinerende instansen må ha tilstrekkelig kunnskap om selvmord, være lett tilgjengelig, og fortrinnsvis være forankret i kommunehelsestjenesten (jf. kommunehelsestjenesteloven). I de kommunene som har kriseteam eller selvmordsforebyggende team forankret i kommunehelsestjenesten, vil etterlattearbeid naturlig falle inn under deres ansvarsområde.

En måte å sikre at hjelptilbud til pårørende blir formidlet på en aktiv måte er at politiet, som rutinemessig kommer i kontakt med alle selvmord, får ansvar for å varsle et kommunalt selvmordsforebyggende team/kriseteam om det selvmordet som har skjedd (se 5.1.1). Dette forutsetter selvsagt at de etterlatte ønsker at teamet tar kontakt. I tillegg til muntlig informasjon om hjelptilbudet oppfordres det sterkt til at skriftlig informasjon legges igjen hos etterlatte. Tilbudet bør gjentas flere ganger dersom etterlatte avslår kontakt den første gangen de får tilbudet.

6.2.3 Informasjon

Redselen for å bli gal eller miste kontrollen er vanlige reaksjoner i etterkant av et selvmord. Det samme er en sterk uvirkelighetsfølelse, samt grubling over årsak og mening. Det er viktig å informere om at slike ettervirkninger, som til tider kan oppleves både motsetningsfylte og kaotiske, kan ses på som normale etterreaksjoner på en ekstrem hendelse. Slik informasjon kan være med på å normalisere og skape kontroll over situasjonen.

I den første tiden etter et selvmord vil mange pårørende ha behov for informasjon rundt medisinske/psykologiske aspekter ved dødsfallet, sorgprosessen, samt hvordan dødsfallet kan innvirke på familiemedlemmer og familiesystemet. Spesielt etterspør voksne etterlatte råd for å hjelpe barn, og for å takle kommunikasjonsvansker som kan oppstå mellom familiemedlemmer og samlivspartnere ved selvmord i familien. De ber om å få informasjon både i muntlig og skriftlig form fordi det ofte er vanskelig å huske det som blir sagt, og informasjonen trenger å bli lest gjentatte ganger. Dagens praksis har hovedvekt på muntlig informasjon. Noen kommuner og kriseteam har laget brosjyrer om sorg- og krisereaksjoner, hjelptilbud etter kriser, adresselister til psykologer, etc. Andre kommuner deler ut skriftlig materiell fra Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, eller henviser til nettstedet om selvmord (www.selvmord.no, www.kriser.no, etc.).

6.2.4 Variert og tilpasset hjelp

I tillegg til generell informasjon om selvmord, etterspørres hjelp i forhold til eksistensielle, praktiske, økonomiske, og juridiske spørsmål, så vel som terapeutisk hjelp og råd. Mange vet ikke helt hva eller hvem de trenger, men uttrykker et langt større behov for "psykologhjelp" for seg og sin familie, enn det som ser ut til å være vanlig å tilby. Dette gjelder både unge og

voksne. Spesielt fremheves behovet for spesifikk psykologisk bistand og selvmestringsråd knyttet til selvmord, for å redusere stressreaksjoner, mareritt og flashbacks (12,26) – se Kap. 7.

I mange kommuner er hjelptilbudet, etter den akutte førstehjelpen, knyttet til ulike former for sorg- eller støttegrupper. Noen former for støttegrupper er profesjonelt ledet, har et strukturert innhold og er avgrenset i tid. Andre er ledet, er åpne i formen, og har ingen klar tidsbegrensning. Ledede sorg- eller støttegrupper kan være et godt supplement til profesjonell bistand, men ved fare for utvikling av behandlingstrengende psykiske plager er det viktig at gruppeledere tar ansvar for å skaffe profesjonell hjelp.

6.2.5 Hjelp til barn

Foreldre kan trenge råd fra fagfolk for hvordan de best kan hjelpe barna sine i kjølvannet av et selvmord. Barnepsykolog Mågne Raundalen peker på noen overordnede prinsipper for ivaretagelse av barn som etterlatte ved selvmord (<http://krisepsyk.no/Temasider/Sorg/intervensjon/selvmord>) Rådene er først og fremst rettet mot voksne i barnas nærmlige, og tar opp emner mange voksne er usikre på hvordan de skal forholde seg til. Raundalen understreker betydningen av åpenhet.

Åpenhet ved ivaretagelse av barn vil innebære å:

- fortelle sannheten om selvmordet, med grad av detaljer tilpasset ulike aldersgrunn
- kommunisere åpent, slik at ikke familiehemmeligheter skaper et anstrengt klima der en rekke temaer ikke kan snakkes om
- være åpen om dødsårsaken, ikke legge opp til en misforstått skånning av barn ved å unnlate å fortelle at avdøde tok sitt eget liv
- hjelpe påtørende til å fremme åpenhet slik at barn opplever at selvmordet er noe vi tåler å prate om.

Mange ønsker også familierådgivning for å bedre samspillet i familien og for å løse konflikter i foreldre-barn relasjoner. Ungdom peker ofte på behov for mer profesjonell støtte som henvendte seg direkte til dem som selvstendige individer, og på deres premisser. Spesielt gir

mange unge uttrykk for et behov for bistand fra hjelpeapparatet til gjennlevende forelder slik at hun eller han raskest mulig greier å ivareta yngre søsken og på den måten avlaste ungdom for å ha en forelderrolle overfor yngre søsken (11). I den norske Omsorgstudien fra 1998 var det 65 % av de voksne som ønsket mer hjelp til barn enn det de fikk, og svært mange kommuner rapporterte selv at de hadde for lite fokus på barneperspektivet.

Barns rettigheter er nedfelt en rekke steder i lovverket. Spesielt er det naturlig å trekke frem Lov om barnevernjenester (LOV 1992-07-17 nr 100).

Enkelte sentrale bestemmelser gjengis her:

§ 3-1. Barnevernjenestens forebyggende virksomhet.

Kommunen skal følge nøye med i de forhold barn lever under, og har ansvar for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer.

Barnevernjenesten har spesielt ansvar for å søke og avdekke omsorgssvikt, atferds-, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås, og sette inn tiltak i forhold til dette.

§ 4-3. Rett og plikt for barnevernjenesten til å foreta undersøkelser.

Dersom det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak etter dette kapitlet, skal barnevernjenesten snarest undersøke forholdet, jf. frister inntatt i § 6-9.

§ 4-6. Midlertidige vedtak i akutsituasjoner.

Dersom et barn er uten omsorg fordi foreldrene er syke eller barnet er uten omsorg av andre grunner, skal barnevernjenesten sette i verk de hjelpetiltak som umiddelbart er nødvendige. Slike tiltak kan ikke opprettholdes mot foreldrenes vilje.

Er det fare for at et barn blir vesentlig skadelidende ved å forbli i hjemmet, kan barnevernadministrasjonens leder eller påtalemyndigheten uten samtykke fra foreldrene umiddelbart treffe midlertidig vedtak om å plassere barnet utenfor hjemmet.

Der voksne personer ikke klarer å ivareta barna i en periode fordi foreldrekapasiteten er midlertidig (eller varig) svekket, og de har mer enn nok med sin egen situasjon, har barnevernet støttetilbud til familiene.

LOV 1992-07-17 nr 100: Lov om barneverntjenester (barnevernloven)

§ 4-4. Hjelpetiltak for barn og barnefamilier.

Barneverntjenesten skal bidra til å gi det enkelte barn gode levekår og utviklingsmuligheter ved råd, veiledning og hjelpetiltak.

Barneverntjenesten skal, når barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har særlig behov for det, sørge for å sette i verk hjelpetiltak for barnet og familien, f.eks. ved å oppnevne støttekontakt, ved å sørge for at barnet får plass i barnehage, ved besøkshjem, ved avlastningstiltak i hjemmet eller andre foreldrestøttende tiltak. På samme måte skal barneverntjenesten også søke å sette i verk tiltak som kan stimulere barnets fritidsaktivitet, eller bidra til at barnet får tilbud om utdanning eller arbeid, eller anledning til å bo utenfor hjemmet. Barneverntjenesten kan videre sette hjemmet under tilsyn ved at den oppnevner tilsynsfører for barnet.

Barneverntjenesten kan også yte økonomisk stønad som hjelpetiltak for barnet.

6.2.6 Hjelp over tid

Variighet av oppfølging er et sentralt tema hos mange etterlatte, og selv om enkelte ikke er i behov av hjelpetiltak over tid, vil andre trenge bistand langt utover den første kriserintervensjonen. Mange etterlatte påpeker at de sliter med vansker over lengre tid enn både hjelpeapparatet og det sosiale nettverket synes å være klar over (28). Sorg tar tid, og en normal sorgprosess kan ikke forventes å være avsluttet for alle etter det konvensjonelle "sorgeåret". På den annen side kan etterlatte ha utvirket komplikasjoner (se 2.3) uten at noen har forstått det, og etterlattes psykiske tilstand kan feiltolkes i retning av at det er normalt med forlenget/komplisert sorg etter selvmord.

Dersom tiltak for etterlatte baseres på mangelfull forståelse av forskjellen på en normal sorgprosess og en sorgprosess som beveger seg i patologisk retning, kan tiltakene virke i

retning av å forsterke etterlattes problemer i stedet for å lette dem. For etterlatte er det lett å tenke at det viktigste er at hjelpen varer lenge. Men dersom hjelpen ikke er tilpasset den enkeltes behov er det ikke nødvendigvis et gode at den varer lenge. Ubehandlet depresjon, PTSD eller forlenget sorg kan føre til et unødvendig langt forløp av etterlattes plager. Ledere av ikke-profesjonelle hjelpetiltak har derfor et ansvar for å ha tilstrekkelig kunnskap om psykopatologi til å kunne fange opp risikopersoner og skaffe dem profesjonell hjelp.

6.2.7 Hjelp til etterlatte med ulik etnisk opprinnelse

Ved tiltak for etterlatte med en annen etnisk opprinnelse enn den norske, er det en rekke kulturelle forhold man må ta hensyn til. Det eksisterer for eksempel store nasjonale forskjeller i holdninger til selvmord, fra en form for akseptering i Japan til fordømmelse i muslimske land. Den relative betydning av ulike årsaksforhold til selvmord varierer også i ulike kulturer. I et land som India kan en religiøs overbevisning som ikke fordømmer selvmord oppfattes som medvirkende til handlingen på en helt annen måte enn i mer sekulariserte land. En ser også at psykisk lidelse har en svakere posisjon som forklaring i India enn i den vestlige verden (51).

Tiltak for etterlatte ved selvmord i ulike innvandrergrupper må derfor være basert på en forståelse for det presset enkeltpersoner kan føle dersom avstanden mellom grunnleggende verdier i deres opprinnelseskultur er fundamentalt annerledes enn verdiene i det norske samfunn. Denne veilederen er ikke tilpasset alle de ulike innvandrergruppene vi har i det norske samfunn, men vi vil understreke at tiltak for etterlatte ved selvmord må tilpasses ulike etniske gruppers forståelse av fenomenet selvmord. Når det gjelder generell kompetanse på flyktningehelse, vises det til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (www.nkvtis.no) og til Senter for innvandringsforskning og flyktningestudier ved NTNU (www.samforsk.no) (52,53).

Råd fra etterlatte til profesjonelle hjelpere

- Ta kontakt – tilfyll hjelp, ikke overlatt initiativet til oss
- Organiser dere og lag rutiner, ikke la hjelp bli tilfeldig
- Fordel dere, ikke kom alle på en gang i starten
- Vær der også når hverdagen kommer
- Vær fleksible, lytt til oss, og ta over når det trengs
- Hjelp oss til å ta farvel på en best mulig måte

- Informer om: hvordan dødsfallet skjedde, hva som skal skje videre, hvor og av hvem vi kan få hjelp, sorg- og krisereaksjoner og hvordan menn/kvinner og barn reagerer forskjellig
- Hjelp oss til kontakt med psykolog/andre faggrupper
- Hjelp barna våre, og/eller hjelp oss til å hjelpe dem
- Ikke glem andre utenfor nærmeste familie
- Hjelp oss til kontakt med andre som har opplevd lignende
- Gjenta tilbudet og vær der så lenge vi trenger dere (28)

7. PSYKOTERAPEUTISK HJELP

Å sørge etter dødsfall er normalt. De fleste mennesker vil kunne arbeide seg gjennom sorg ved hjelp av egne ressurser, sosialt nettverk og ved å ta tiden til hjelp, og ikke behøve spesialiserte sorgintervensjoner. Det spesielle ved selvmord (og andre former for brå, uventet død) er at sorgen er ledsaget av et traume knyttet til det særegne dødsfallet. Traumat påvirker individet på en annen måte enn forventede og naturlige dødsfall. I tillegg kan det rent innholdsmessig være plagsomme minner knyttet til ubearbeidet konfliktstoff i forkant av selvmordet. Dette gjør at etterlatte kan bli gående over lang tid mer eller mindre i krise, med fare for langvarige og til dels alvorlige helsemessige problemer dersom de ikke får adekvat hjelp.

I sin søken etter å forstå hvorfor avdøde tok livet av seg kan mange bli tvangsmessig opptatt av detaljer rundt selvmordet, eller siste gang de møtte avdøde. Når en slik søken ikke over tid avløses av en slags forsoning med selvmordet, kan det være nødvendig med profesjonell hjelp for å komme videre. Det finnes gode terapeutiske behandlingsmetoder som innebærer hjelp til å bearbeide eget symptomtrykk slik at man ikke må slite unødige. Ved å gi tilpasset profesjonell bistand til etterlatte på et tidlig tidspunkt etter selvmordet, kan man forebygge utvikling av en patologisk prosess.

7.1 Behov for kunnskap om selvmord, traume og sorg

Uheldigvis beskriver mange etterlatte møter med terapeuter uten nødvendig kunnskap om krisereaksjoner og sorgprosessen knyttet til selvmord. Hvis man ikke får arbeidet grundig med alle "hvorfor"-spørsmålene, noe som er nødvendig for å forløse sorgprosessen, kan man bli stående fast i mange av de samme tankemønstrene som preget den første sjokkfasen (2). I tillegg kan gjentatte mareritt, invaderende minnebilder, opplevelse av uvirkelighet, unngåelsesreaksjoner, fobisk angst, etc. være uttrykk for psykoterapeutiske behov. Det er av stor betydning at psykoterapeuter som skal jobbe med etterlatte etter selvmord baserer intervensjonen på relevant kunnskap

En rekke prinsipper for arbeid med etterlatte gjelder uavhengig av alder. Men der barn mister nærstående (mor, far, søsken, besteforeldre) ved selvmord, er spesifikk kunnskap om barns behov av vesentlig betydning for kvaliteten på den psykoterapeutiske hjelpen.

7.2 Arbeid i tidlig fase

Like etter en har fått dødsbudskapet opplever de fleste en sjokkreaksjon. Den kan innebære en følelse av nummenhet, "dette skjer ikke", altså en slags benektning av det som har skjedd. En slik reaksjon kan gi en mental beskyttelse der og da, idet man utsetter å ta inn over seg hva som faktisk har skjedd. Sjokket av å høre om selvmordet kan oppleves som så enormt at det kan være umulig med en gang å forholde seg til den faktiske situasjonen. Noen kan gå inn og ut av denne distansen til det som faktisk har skjedd gjennom hele begravelsesperioden. Dette kan være funksjonelt ved at det er mye som skal ordnes rent praktisk, og som krever at man handler rasjonelt. Nummenheten, distansen og sjokkopplevelsen kan vare fra timer til dager, og for noen få vedvare i lengre tid.

En del etterlatte kommer også til samtaler med en opplevelse av å være "avskåret" fra egne følelser. Etterlatte trenger da å få vite at det kan henge sammen med et behov for å beskytte seg fra den smerten som der og da er for stor til å klare å ta inn over seg. For mange er denne forklaring med på å roe ned, og gjøre det uhåndterbare mer håndterbart. De trenger hjelp til å sortere i det kaoset de opplever. Enkelte ting, som det å glemme, kan for eksempel skape stor fortvilelse for ellers kontrollerte mennesker. Kunnskap om sjokkreaksjoner er spesielt viktig i første fase slik at disse reaksjonene ikke feiltolkes som symptomer på en patologisk utvikling. Bryant og Harvey (1998) har vært opptatt av den akutte stressforstyrrelsen (ASD) som oppstår ved traumatiske opplevelser, utviklingen av PTSD og hvordan man kan forebygge en slik

utvikling. De har vist at spesifikk hjelp (kognitiv atferdsterapi) klart reduserer slike plager, mens uspesifikk kriseoppfølging (støttesamtaler) på langt nær gir denne effekten (54).

7.3 Finne svar på "Hvorfor-spørsmålene"

Etter den første sjokkfasen er en viktig del av den profesjonelle hjelpen at etterlatte og terapeut raskest mulig i fellesskap søker å finne best mulige svar på noen av hvorfor-spørsmålene. For noen etterlatte betyr det å snakke om sensitivt konfliktstoff, noe som kan være ekstremt smertefullt. Den profesjonelle hjelpen må selvfølgelig inkludere hele familiesystemet og andre berørte parter på en slik måte at alle blir hjulpet. Et selvmord er aldri et resultat av en enkelstående hendelse, heller ikke av psykopatologi alene, men må forstås i all sin kompleksitet. Flere teoretikere har utarbeidet modeller for å forstå samspillet mellom faktorer som kan føre til selvmord (6.25.55-57).

Noen etterlatte har stor nytte av relativt få samtaler der en aktivt jobber mot en økt forståelse for selvmordet, for å forløse den videre sorgprosess. Andre vil trenge lengre tids bearbeiding. Felles de for etterlatte ved selvmord er at de trenger en hjelp som er tilpasset de spesielle reaksjonene mange av dem har, slik at hver og en kan finne frem til et meningsinnhold de kan leve videre med (58). Denne type bearbeiding kan vanskelig finne sted i gruppet, da det kan være behov for å snakke om sensitive ting som mange etterlatte ikke ønsker å blottlegge for mange andre.

7.4 Traumebearbeiding

Kunnskap fra traumefeltet viser at de fleste mennesker som har vært eksponert for sterke psykiske påkjenninger vil være i behov av profesjonell hjelp. Ved å få profesjonell hjelp kan etterlatte klare å håndtere sterke ubehagelige tanker og følelser. Uten slik hjelp er det en fare for at etterlatte heller prøver å skyve dem bort eller prøver å kontrollere dem ved å fortelle sin historie ubearbeidet igjen og igjen. Det er viktig å få hjelp til å anerkjenne situasjonen slik den faktisk er. Det er for eksempel godt dokumentert at pårørende som finner avdøde etter selvmord senere kan reagere med intens emosjonell aktivisering på alt som minner om hendelsen. Barn som opplever dette trenger som oftest profesjonell bistand til å bearbeide opplevelsen, selv om de tilsynelatende ikke utvikler etterreaksjoner ut over det normale.

De symptomer som oftest er forbundet med traumelatererte reaksjoner er sterk uungjelssesatferd for å holde alt som kan uløse minnene om selvmordet og flashbacks/påtrengende minnebilder (59) på avstand. Mange vil derfor ha stor nytte av å jobbe seg gjennom hendelsen via forskjellige former for eksponering. Det er dokumentert at individuell traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TFCBT), eksponeringsterapi og "Eye movement desensitization and reprocessing" (EMDR) har gitt gode resultater i behandlingen av PTSD-symptomer. I traumespesifikk sorgterapi er erfaringer fra moderne traumeterapi med vekt på CBT bygget sammen med kunnskap om sorg. Slike opplegg har vist gode resultater i arbeid med komplisert sorg. For dem som sliter med følelsesmessige uungjelssesreaksjoner kan teknikker fra "oppmerksomt nærvær"-tradisjonen ("mindfulness") være til stor hjelp. Enklere støtte- eller kun samtalerapi har ikke funnet å redusere PTSD-symptomer (60-65).

7.5 Sorgterapi

Traumereaksjoner som ikke blir avdempet kan stenge for normal sorg. I dag anses sorg i stor grad som en individuell prosess, og dagens sorgteori har primærfokus på meningskonstruksjon, hvordan mennesker forstår og utvikler ny mening etter tap (66). Sentralt i moderne sorg-teori står den såkalte to-sportsmodellen, det vil si å vekst mellom konfrontasjon av ulike sider ved tapet og å gå videre i livet ut fra den faktiske livssituasjonen (36). Behovet for intervensjon ved sorg er dokumentert ved dramatiske dødsfall, mens det ved naturlig død ikke er vist tilsvarende behov. For etterlatte ved selvmord er det spesielt viktig å få den nødvendige bistand til å bearbeide traumet slik at man kommer inn i en sorgprosess, og deretter å bistå på en slik måte at etterlatte ikke blir stående fast i sorgen (forlengert sorg). Anbefalinger av traumeintervensjon er omtalt under Kap. 7.4.

I denne sammenheng vil vi spesielt peke på at det eksisterer en fare for utvikling av forlengert sorg når etterlatte blir ukritisk støttet i overdreven gjentakelse av detaljer ved selvmordet, endeløse spekulasjoner og dveling ved hendelsen og ensidig fokus på negative følelser. Begrepet sam-grubling ("co-rumination") er nytt, men har røtter i forskning knyttet til "rumination" eller grubling. Ved sam-grubling er fokus på den negative effekten det å gruble sammen med andre kan ha på symptomer på angst og depresjon når man har problemer. Det som er men som støtte kan tvert imot virke forsterkende på de emosjonelle vanskene (67).

Faren for å gjøre vondt verre er alltså til stede der etterlatte ikke får hjelp til å komme videre i sin forsoningsprosess, men blir stående på stedet hvil, mer og mer fastlåst. En skal derfor være observant på at støtte- eller sorggrupper som ikke har en struktur for å forebygge utvikling av patologiske reaksjoner kan komme til å virke mot sin hensikt (68).

7.6 Håndtering av skyldfølelse

Selv om mange selvmord oppleves som "lyn fra klar himmel", viser både forskning og klinisk erfaring at mange selvmord (70-80 %) er varslet på forhånd. Mange etterlatte sliter med skyldfølelse for ikke å ha sett og forstått at selvmordet ville komme. Det er viktig at dette adresseres og bearbeides terapeutisk, og ikke forbigås på en overflattisk måte. I forhold til å bearbeide skyldfølelse, er det viktig å erkjenne at man i ettertid kan oppfatte varsler som man ikke forsto alvoret i da de kom. Selvmordsvarsler kan dessuten være tildekket og presentert på en slik måte at pårørende ikke gis stor mulighet til å forstå hva de er ment som og liknende utsagn kan komme fra mennesker som ikke har selvmordstanker/planer (7).

I andre tilfeller kan selvmord ha vært varslet på en tydelig måte, uten at pårørende forsto den reelle selvmordsfaren. Kanskje hadde avdøde tidligere sendt ut mange varsler uten at det hadde ført til selvmord, med den følge at det siste varslert heller ikke ble vurdert alvorlig nok. I arbeid med skyldfølelse må man både erkjenne den varslingen som forelå, og få hjelp til å forstå de mekanismene som gjorde at man ikke reagerte med tiltak som kunne ha forhindre selvmordet.

Etterlattets skyldfølelse knyttes ofte til noe de sa eller gjorde like før selvmordet. I den sammenheng er det viktig å formidle at selvmord sjelden er resultat av en enkelthendelse, men må forstås ut fra summen av en rekke faktorer. Det er heller ikke slik at selvmord vanligvis er ment som en hevnaaksjon fra avdøde. I de aller fleste tilfellene er en selvmordshandling et uttrykk for en enorm fortvilelse over livet, hvor personen der og da ikke så noen annen løsning enn å avslutte livet, heller enn en aggressiv handling rettet mot andre (7).

Det er utviklet kognitive metoder for skyldbearbeiding som har vist gode resultater på traumeområdet (69). Klinisk erfaring tilsier at slike arbeidsmetoder også er virkningsfulle i forhold til skyld og selvbebreidelser etter selvmord.

7.7 Kompetansekrav

Tiltak for etterlatte ved selvmord må til enhver tid bygge på faglig anerkjente metoder som forutsetter tilstrekkelig kompetanse om selvmord, kriser og sorg. Med kompetanse menes her teoretisk, forsknings- og erfaringsbasert kunnskap samt holdnings- og handlingskompetanse.

Overfor etterlatte ved selvmord vil dette blant annet innebære:

- god og oppdatert spesialkunnskap om selvmord
- god og oppdatert kunnskap om kriser og sorg
- god og oppdatert kunnskap i profesjonell og sosial støtte ved selvmord
- samarbeidskompetanse og kjennskap til ulike instanser i kommune og helseforetak
- kompetanse om brukermedvirkning
- forvaltningskompetanse, som innebærer kjennskap til å kunne praktisere lover og regler i offentlig forvaltning

- *Helsepersonelloven § 4*: helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonelllets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig.
- *Sosialtjenesteloven § 2-3*: Kommunen har ansvaret for nødvendig opplæring av sosialtjenestens personell. Personalet er forpliktet til å delta i opplæring som blir bestemt, og som anses nødvendig for å holde deres kvalifikasjoner ved like.

Oppsummering. Psykoterapeutisk hjelp baseres på kunnskap om:

- * selvmord, traume og sorg
- * spesielle forhold ved den akutte fasen etter traumat
- * årsaksforhold ved selvmord for å kunne finne svar på hvorfor-spørsmålene
- * traumbearbeiding
- * bearbeiding av skyldfølelse
- * behandling av barn som etterlatte

8. KONKLUSJON

Hovedmål for tiltak: Å forebygge utvikling av alvorlige traumatiske etterreaksjoner, forlenget sorg og psykisk sykdom, slik at etterlatte gradvis kan komme tilbake til en normal hverdag.

Noen hovedprinsipper for hjelpe:

- Alle kommuner bør ha en overordnet plan og strategi for å overvåke forekomst av selvmord og iverksette hjelp til etterlatte.
- Tilbud om oppfølging bør komme automatisk. Hjelpeapparatet bør komme offensivt inn for å forebygge problemutvikling hos de etterlatte.
- Forslag til igangsetting av tilbud om hjelp: Politiet melder behov for bistand til et kommunalt selvmordsforebyggende team/kriseteam, som snarest tar kontakt med de etterlatte.
- Krisehjelpen bør inkludere pårørende i vid forstand, ikke bare nærmeste familie. Barn må sikres omsorg og hjelp.
- Hjelpeapparatet bør være individuelt tilpasset, også i forhold til lengden på kontaktperioden.
- Krisehjelpen bør innebære individuell psykoterapeutisk samtalehjelp for dem som trenger dette, fordi etterlatte kan oppleve dødsfallet svært forskjellig.
- Krisehjelpen bør ha bredde på tiltakene, basert på etterlattes ulike behov.
- De som finner avdøde trenger ofte spesiell hjelp for å forebygge/bearbeide invaderende minnebilder (flashbacks), mareritt og andre plagsomme reaksjoner på opplevelsen.
- Det kommunale hjelpeapparatet bør samarbeide med LEVE og Unge LEVE, slik at nettverksstøtte fra andre etterlatte går parallelt med profesjonell bistand for de etterlatte som ønsker og trenger dette.
- Fagfolk kan støtte etterlatte sosiale nettverk slik at deres ressurser utnyttes best mulig.

Lenker: www.kriser.no
www.krisepsyk.no
www.levenerge.no
www.nkvt.no
www.selvmord.no
ungeleve@leve.no

VEDLEGG 1

Kunnskapsgrunnlaget

Anbefalingene i veilederen bygger på systematisk gjennomgang og kvalitetsvurdering av relevant litteratur samt prosjektgruppens vurderinger. Det har vært foretatt systematiske sammenfatninger av nyere vitenskapelige forskningsresultater og kliniske erfaringer.

Det ble søkt etter litteratur i databasene Cochrane Library, AMED, British Nursing Index, EMBASE, Medline og PsycINFO. Mange skandinaviske tidsskrifter indekseres i disse databasene, men for å sikre at flest mulig relevante artikler ble inkludert, ble det i tillegg gjort et søk i Swemed+.

Søkestrategi

- 1 suicide survivo?\$.mp.
- 2 suicide bereav\$.mp.
- 3 1 or 2
- 4 treatment\$.mp.
- 5 interventions\$.mp.
- 6 support.mp.
- 7 effect\$.mp.
- 8 impact\$.mp.
- 9 4 or 5 or 6 or 7 or 8
- 10 3 and 9

Søket ble utført i januar 2010, og det ble ikke satt noen begrensninger når det gjelder tidspunkt for publisering. Til sammen 155 abstracts ble vurdert, 32 ble tatt ut på grunn av dubletter, irrelevant innhold og språk (til sammen 3 artikler på henholdsvis tysk, fransk, spansk). Søket i Swemed+ ga 13 treff, ingen av artiklene ga tilleggsinformasjon som ikke allerede var dekket av artikler i hovedsøket. Søket ble gjort av bibliotekar Wenche Jacobsen, Folkehelseinstituttet.

Forfatterne har basert veilederen på fulltekst av relevant litteratur fra søket, i tillegg til annen relevant litteratur. Veilederen er utarbeidet i tråd med det internasjonale instrumentet for vurdering av retningslinjearbeid AGREE (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation).

Oppsummering av kunnskapsgrunnlaget

Få effektstudier av postvention-programmer

Det foreligger få/ingen effektstudier av helhetlige oppfølgings tiltak ved selvmord (70). De effektstudiene som er gjort, er primært knyttet til effekt av avgrensede sorg- og traumeintervensjoner som har vist effekt i forhold til ulike former for traumer (70-72). Effektstudiene er ikke begrenset til et såkalt RCT-design (randomisert kontrollerte studier). ettersom slike studier nesten er fraværende i dette feltet. Kunnskapsgrunnlaget er derfor hentet fra studier med annet design, både kvantitative og kvalitative studier er inkludert. Noen sentrale studier er listet nedenfor.

- Tidlig hjelp (*Murray et al., 2000*) (73)
- Aktiv og oppsøkende hjelp (*Amaya-Jackson et al., 1999; Provini et al., 2000*) (74,75)
- Gjentakelse av tilbud om hjelp - ulike behov over tid (*Provini et al., 2000*) (76)
- Barnefaglig hjelp (*Hang & Rabin, 2009; Pfeiffer et al., 1997*) (77,78)
- Informasjon om hendelsen, vanlige reaksjoner, og veiledning i viktige spørsmål (*Murphy 2000; Murray et al., 2000*) (79,80)
- Individuelt tilpasset hjelp til familie (*Bryant et al., 1998; Murray et al., 2000*) (81,82)
- Hjelpetiltak over tid (*Murphy 2000; Murray et al., 2000*) (83,84)
- Brukervurderinger av behov for et hjelpetilbud (*Dyvegrov, 2003*) (85)

Basert på eksisterende kunnskap er det internasjonalt utviklet enkelte oppfølgingsprogrammer for etterlatte ved selvmord. Overføringsverdien til vårt land kan være noe begrenset på grunn av ulikheter i helsetjenesteforhold, holdninger til selvmord/etterlatte, og brukermedvirkningsstradisjoner. Innholdsmessig fokuserer de programmene som er internasjonalt tilgjengelige hovedsakelig på hjelp i den akutte fasen, og effekt måles som regel ved psykisk symptomlette i forhold til angst og depresjon. I tillegg inneholder programmene primært deltagelse i etterlattegrupper, enten i terapeutiske-, støtte- eller selvhjelpsgrupper. Til tross for at mange som deltar i sorggrupper opplever å få hjelp fra gruppen, er dokumentasjonen av slike gruppers positive effekt på anvendte helsemål tildels mangelfull/svak (13,86-90).

For behandlere kan denne mangelen på dokumentert kunnskap om effektiv intervensjon være problematisk ved at de må generalisere fra sorg- og traumelitteratur, uten at det spesielle ved

selvmord nødvendigvis er tilstrekkelig ivarett. Det å basere seg på aspekter av ulike teoretiske systemer er ikke ukjent i psykoterapi, og betyr ikke nødvendigvis at etterlatte får dårlig behandling. Men kunnskap fra andre sorg- og traumefelt må knyttes til kunnskap om selvmord for å kunne adressere de spesifikke problemene etterlatte ved selvmord trenger hjelp til bearbeiding av.

Effektstudier av sorgintervensjon

Effektstudier av akseptabel kvalitet rettet mot selvmordsetterlattes spesielle behov synes å være nærmest fraværende. Eksisterende studier er blitt kritisert både for metodologiske mangler og svake effekter (91). Dette betyr at tiltak for selvmordsetterlatte i stor grad baseres på tilgrensende fagområders effektstudier.

I en oversiktsstudie (meta-studie) fra 2005 (92) er konklusjonen at det ikke kan vises til positiv effekt fra sorgintervensjoner rettet mot etterlatte ved naturlig død. Tvert imot advarer forskerne mot å sette i gang rutinetiltak ved naturlig død, spesielt i tidlig fase. Dette fordi slike tiltak kort tid etter vanlige dødsfall kan komme i veien for en naturlig sorgprosess. Sorgstøtte bør primært rettes mot etterlatte ved plutselige og dramatiske dødsfall, spesielt etterlatte som ikke makter å håndtere dødsfallet og som derfor står i fare for å utvikle psykiske symptomer. Også Sikkema og medarbeidere (93) konkluderer at det er behov for skreddersydde intervensjoner og strukturerte opplegg rettet inn mot dem som sliter med vansker i sorgen. mer enn å rette seg mot alle som opplever sorg.

Det er etter hvert utviklet spesifikke sorgterapier, både individualterapi og gruppeterapi, som sikter seg inn mot forlenget sorg/kompliserte sorgreaksjoner (94,95). Men eksisterende intervensjonsstudier har hovedsakelig målt generell tilfredshet med oppfølgingsstilbudet i tillegg til nivå på angst- og depresjon, ikke symptomer på forlenget/komplisert sorg. Hovedfokus har vært på effekt av avgrensede sorgintervensjoner i etterlatte/støttegrupper, og i liten grad på etterlattes spesifikke behov ved å oppleve selvmord hos nærstående person (96,97).

Shear og Smith-Caroff (2002) vurderte to hovedintervensjonstyper rettet mot forlenget/komplisert sorg. Den første hadde et forebyggende perspektiv ved å tilby støtteterapi og deltagelse i selvhjelpsgruppe. Resultatene viste moderat effekt. Den andre strategien var direkte rettet mot reduksjon av patologisk (forlenget) sorg og reetablering av normale daglige

aktiviteter. Det ble påvist signifikant reduksjon av sorgsymptomer og symptomer på angst og depresjon ved den andre strategien. Denne kunnskapen er relevant for hjelp til selvmordsetterlatte (98).

En nyere studie av effekten av aktiv oppsøking av etterlatte kort tid etter selvmord, viser i motsetning til den mer tradisjonelle "vent til de etterlatte selv oppsøker hjelp"-modellen, at etterlatte som aktivt ble kontaktet umiddelbart etter selvmordet både kom raskere i gang med behandling og i større grad deltok i tilbudte intervensjoner. Men man fant ikke støtte for at aktiv oppsøking av etterlatte med tilbud om rask oppfølging og deltagelse i sorggruppe i seg selv hadde positiv helseeffekt (99). Det er dermed vanskelig å konkludere med hva som faktisk viser effekt, men det ser ut til å være liten støtte for helsegevinst fra deltakelse i ordinære sorggrupper for etterlatte ved selvmord.

Effektstudier av kriseintervensjon

Den norske kunnskapsoppsummingen (100) om forebyggende effekt av ulike psykososiale tiltak ved kriser, katastrofer og ulykker (del II) viser at flere sesjoner med kognitiv affektterapi (CBT) effektivt kan redusere nivå på PTSD, samt symptomer på angst, depresjon, og posttraumatiske reaksjoner, sammenlignet med annen form for behandling generelt eller støttende terapi spesielt. Slike funn er gjort både for voksne og barn, og effekten vedvarer over tid. I forhold til studier av enkeltsamtaler (ofte feilaktig kalt psykologisk debriefing (PD)), ble det i kunnskapsoppsummingen ikke funnet forebyggende effekt av slike korte samtaler like etter en traumatisk hendelse verken på PTSD eller angst-, depresjons- eller posttraumatiske symptomer, sammenlignet med ingen intervensjon. Imidlertid er det påvist store metodologiske svakheter ved studiene som ligger til grunn for konklusjonen.

De behandlingsmetoder som er mest undersøkt i forhold til psykiske traumer er eksponeringsterapi, kognitive metoder og blandingemetoder av disse. En rekke effektstudier (også RCT) viser at kombinasjonsmetoden EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) har vist gjennomgående god effekt på ulike traumer, sammenlignet med andre intervensjoner (60). EMDR er en kombinasjonsmetode der elementer fra psykodynamisk terapi, kognitiv affektterapi, personsentrert terapi, kroppsbasert terapi og interaksjonell terapi er integrert (www.kriser.no).

Ulike kognitive teknikker har vist effekt i forhold til ulike former for traumer. For eksempel har Bryant og medarbeidere allerede i 1998 (101) dokumentert at kognitiv affektterapi har vist bedre forebyggingseffekt i forhold til PTSD hos traumerammede enn vanlig behandling. I tilfaret som har fulgt, har kognitive teknikker i økende grad vært integrert i traumebehandling, men få effektstudier er spesifikt rettet mot etterlatte ved selvmord. I en artikkel fra 2004 gjennomgikk Jordan & McMenamy det de innvil da fant av effektstudier av tiltak rettet mot selvmordsetterlatte, selv om de inkluderte studiene ikke hadde et design med kontroller. Studiene er svært ulike, og det er vanskelig å trekke noen slutning fra disse i forhold til traumebehandling ved selvmord (102). Sakinofsky trakk noe av den samme slutningen i en oversiktsartikkel fra 2007: det er få gode effektstudier av tiltak for etterlatte med symptomer på komplisert sorg, selv om enkelte tiltak kan virke lovende (103).

VEDLEGG 2

RÅD FRA www.kriser.no VED SELVMORD

1. Mobiliseringsfasen

Mål: Skaffe oversikt over og kontakt med alle nære etterlatte som trenger psykososial oppfølging ved selvmord, for å igangsette adekvat bistand så snart som mulig. Kalle inn og samordne de som skal være ansvarlige for hjelpen som ytes.

Virkemidler: Målsætningen oppnås gjennom skriftlige rutiner som er klare i forhold til varsling og henvisning, samt målgruppe for hjelpeiltak, og kriterier for oppfølging av etterlatte ved selvmord.

Varsling skjer gjennom oppdaterte navne- og telefonlister over oppfølgingsansvarlige som danner utgangspunkt for varslingsrutinene:

- Politiet får kjennskap til selvmordet (fra pårørende, lege, prest, etc.)
- Politiet varsler ansvarlig kriseteam med 24 timers tilgjengelighet og orienterer om selvmordet
- Kriseteamets leder informerer resten av teamet om situasjonen for å sikre koordinert oppfølging
- Etterlatte blir kontaktet av kriseteamet (KT)

Målgruppe og kriterier for oppfølging av etterlatte ved fulbyrdede selvmord. Rutinene trer i kraft når et selvmord er varslet til kriseteamet.

- Rutinene trer i kraft uavhengig av avdødes alder.
- Etterlatte defineres som nærmeste berørte (foreldre, søsken, partner, kjæreste, etc.).
- I tillegg til nærmeste familie, kartlegges det hvem som stod avdøde nærmest. Hvis avdøde var ungdom, er det viktig å være spesielt oppmerksom på at ungdom utenfor nær familie kan ha stått avdøde nærmest av alle, og kan være svært sårbar.
- Arbeidsplass, skoleklasse, og andre "mimisamfunn" sikres ivaretagelse gjennom egne kriseplaner.

2. Akutfasen

Mål: Dempe akuttreaksjon og begrense opplevelse av kontrolltap ved å redusere stress, gjøre akuttreaksjoner mulige å kontrollere, og reetablere en viss orden og struktur, slik at nærmeste etterlatte og evt. andre berørte på lengre sikt kan gjenvinne og gjenoppta tidligere funksjoner.

Virkemidler: Målsætningen oppnås gjennom klare skriftlige rutiner for emosjonell førstehjelp og ivaretagelse, informasjon og rådgivning, ritualer, mobilisering av sosial nettverksstøtte og eventuelt organisering av praktisk eller juridisk hjelp.

Koordinering og ansvarsfordeling:

- Leder av kriseteam leder/koordinerer oppfølgingen.
- Prest og/eller politi varsler pårørende ved personlig fremmøte til hjemmet når andre enn pårørende finner avdøde.

- Poli, prest, lege, evt. psykolog/psykiatrisk sykepleier drar hjem til nærmeste etterlatte umiddelbart etter varsling.
- Obs! Fagfolk som tar kontakt må kjenne at de er handlingskompetente i den enkelte situasjonen (jf. klare å takle særskilte traumatiske omstendigheter).

Arbeidsform:

- Direkte, i form av samtale for å kartlegge behov for hjelpeiltak, gjennomgang av hendelsesforløpet og støttesamtaler (se *Tiltak*).
- Indirekte, i form av evt. råd og veiledning til involverte hjelpeinstanser (politi, lege, etc.), og skoler, arbeidsplasser mht. tilrettelegging for nære etterlatte.
- Hjelp til å mobilisere nære sosiale nettverk som kan komme og være hos de etterlatte (se *Ressurser Samarbeid*).

Tiltak (forslag):

- Sørge for emosjonell førstehjelp gjennom omsorg, skjerming og informasjon. Emosjonell støtte og stressreduksjon vil være avgjørende for en kan nå etterlatte med annen informasjon (se *Tiltak-emosjonell førstehjelp*).
- En person i Kriseteamet (eks. lege, prest, psykolog, psykiatrisk sykepleier) går systematisk gjennom hendelsen med de nærmeste berørte. NB! Her er det viktig at informasjonen har utsprang i innsatspersonell med førstehåndskunnskap om hva som har skjedd (evt. gå tilbake om at politi kommer og orienterer). Dette kan gjøres etter modell av debriefing eller defusing, og kan gjennomføres med enkeltpersoner eller grupper, for eksempel en familie (se *Tiltak-årbriefing*).
 - o Samtalen bør inneholde etterlattes beskrivelse av hendelsesforløp, sanseluttrykk, tanker og reaksjoner, og supplere berørte med faktaopplysninger rundt dødsårsak og omstendigheter rundt hendelsen. NB! Om en eller flere av familiens medlemmer (eller venner) har vært med og funnet eller sett den døde, må samtaler om disse inntrykkene gjennomføres uskilt fra dem som ikke har sett for å unngå unødvendig eksponering for detaljer.
- Informere om vanlige reaksjoner på traumatiske hendelser og råd om hvordan disse kan dempes (www.kriser.no / *Kiikk på Tenasider, deretter på Traumer*).
- Unge og voksne gis psykopedagogisk informasjon og rådgivning som er avgjørende for å bidra til økt egenmestring for gradvis å komme tilbake til en normal hverdag der det går an å leve videre med sorgen og traumat. Avhengig av den enkelte berørte families situasjon, og enkeltindividets alder, tilstand, spørsmål og initiativ vil det variere en del hva man kan ta opp og informere om på hvilket tidspunkt. I løpet av akutfasen og videreoppfølgingen er det en rekke temaer som de etterlatte kan forberedes på, gis forståelse for, lære eller opplyses om (se *Tiltak, støttesamtaler*).
 - o Ha avklart på forhånd hvilke yrkesgrupper som har ansvar for hvilken type informasjon overfor de etterlatte og berørte. Det er nødvendig å presisere at både timing og mengde informasjon må tilpasses den enkeltes behov. Noe informasjon kan starte umiddelbart for noen men ikke hos andre, og informasjon gitt tidlig bør som regel gjentas senere.
 - o Informasjonen bør gis både muntlig og skriftlig.
 - o Informasjon om normale reaksjoner ved "unormale hendelser", og "ivaretagelse av barn som etterlatte", anbefales trykket opp og gitt til nærmeste berørte som skriftlig materiale.

- Tilbud om følge til identifisering av avdøde og informasjon på sykehuset.
- Råd om gjennomføring av synning, minnestund og begravelse (se *Ritualer*).
- Dersom barn er nære etterlatte:
 - Råd mht. barn som pårørende, og barn og ritualer, (www.krisepsyk.no - *Klikk på Temasider, deretter på Barn*).
 - Informere foreldre om barns reaksjoner og behov for støtte etter traumatiske dødsfall ([www.krisepsyk.no/Klikk på Temasider, deretter på Sorg](http://www.krisepsyk.no/Klikk_p%C3%A5_Temasider_deretter_p%C3%A5_Sorg)).
 - Hjelp til å informere barnet om det som har skjedd ([www.krisepsyk.no/Klikk på Temasider, deretter på Sorg](http://www.krisepsyk.no/Klikk_p%C3%A5_Temasider_deretter_p%C3%A5_Sorg)).
- Undersøke om nær familie/sosiale nettverk er tilkalt for å bistå familien/nærmeste berørte gjennom de første døgnene. Mange etterlatte ved selvmord kan trenge døgnkontinuerlig tilstedeværelse fra nære venner/familie som ivaretar enkle fysiske behov, f.eks. at de får i seg mat og drikke, og legger seg til å hvile.
- Vurdere behov for praktisk hjelp med krevende omsorgsoppgaver.
- Medisinsk konsultasjon/behandling kan være nødvendig. Hyperventilering, akutte angsttilstander, besvimelser, el.lign. kan ses. Sedaterende behandling kan være nødvendig, men det er viktig at personer ikke blir medisineret unødvendig.
- Dersom avdøde tok livet av seg ved skyting i hjemmet vil det være av avgjørende betydning at kriseteamet, i overensstemmelse med de etterlatte, tar ansvar for vask og rydding av inventar. Blir nærmeste berørte overlatt dette til seg selv, kan slik opprydding være svært traumatiserende for de etterlatte både på kort og lang sikt.
- Vurdere behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten, og vurdere behov for videre oppfølging (se *Kariløsgang*).
- Dersom avdøde var i arbeid, sørg for at vedkommendes arbeidsplass, samt etterlattes evt. arbeidsplass(er) blir orientert slik at de kan iverksette sine tiltaksplaner ved selvmord. Dette må skje i samarbeid med de etterlatte. Håndtert riktig kan kollegaer ved arbeidsplassen bli en viktig støtte for nærmeste berørte (se *Resurser samarbeidsarbeidsplasser*).

Tiltak for vennennettverk (forslag):

- Det er viktig med tiltak for venner når unge mennesker har tatt livet sitt, fordi det hos denne gruppen vil være økt risiko for "smitteeffekt" for nye selvmord. Langt flere enn den berørte familien er som oftest rammet ved selvmord hos unge. Ungdomsgrupper søker sjelden hjelp for egen del, og kan slite med mange rønde reaksjoner på det som har skjedd. Ved tiltak for vennegrupper, er det viktig å innhente og samarbeide med de etterlatte, dersom mulig. En skal også huske at venners deltakelse etter et selvmord kan være en betydelig støtte for den etterlattes familie. Aktuelle tiltak for å ivareta de unge kan være:
 - Gjennomgang av hendelsesforløp, normalisering av reaksjoner, og informasjon om selvhjelpsmetoder.
 - Fange opp ungdom som trenger tettere oppfølging (se *Kariløsgang*).
 - Informasjon om selvmordet og hvordan det skjedd (dersom familien synes det er greit). Mange unge vil gjerne støtte opp om den nærmeste familien til sin avdøde venn, men kan være usikre på hvordan dette skal gjøres, og hjelp til å komme over den første barrieren kan være viktig. Her er det store forskjeller fra ungdomsmiljø til ungdomsmiljø.
 - Tilbud om informasjon til skole, og eventuelt arbeidsplass (i samråd med de etterlatte), for å redusere ryktespredning og engstelse.
 - Aktuelle tiltak:

- Råd om gjennomføring av ritualer, f.eks. organisering av besøk til dødsstedet (dersom ungdommene ikke allerede har gjort dette på egen hånd) (se *Ritualer*).
 - Forberedelse på minnestund og begravelse, evt. være med å utforme (dersom nærmeste etterlatte ønsker det).
 - Informere om litteratur tilpasset aldersgruppen (eks. Ramlheim, U. (2002) – "Vær der for meg", Bugge, K. (1997) – *Også unge trenger støtte i sorgen*).
 - Stimulere til at ungdom finner egne uttrykkskanaler for eksempel gjennom musikk eller via å lage Web-side for kondolanse (Se [www.krise.no/Klikk på Temasider, deretter på Sorg](http://www.krise.no/Klikk_p%C3%A5_Temasider_deretter_p%C3%A5_Sorg)).
 - Ettersom nære venner til ungdom som tar sitt liv er en høyrisikogrupper (bl.a. for nye selvmord), bør helsepersonell og andre være spesielt oppmerksomme dersom de har det vanskelig. Unge som sliter i stor grad bør screenes for depresjon og PTSD, eventuelt med kliniske intervju (se *Kariløsgang*) og evt. henvises til spesialisthelsetjenesten basert på screeningsresultater.
- Tiltak for skole/barnhage (forslag):** Tiltakene samkjøres med skolens eller barnehagens egne planer for kriser og dødsfall. Avhengig av hvilken nærhet og relasjon barna har hatt til den avdøde, må ulike tiltak vurderes:
- Informere klasse eller barnehageavdeling (i samråd med de etterlatte og foreldre), for å starte bearbeiding, gjøre det lettere å forholde seg til de etterlatte og bidra til å hindre ryktespredning.
 - Gjennomføre ritualer for å minnes den som er død (se *Ritualer* og *Resurser samarbeidsskole*) (www.krisepsyk.no - *Klikk på Temasider, deretter på Barn*).
 - Forberedelse til å delta i begravelse, evt. også minnestund.
 - Aktiviteter i klasserom og barnehage for å la barna uttrykke tanker og savn, for eksempel gjennom tegning, snakke om det som har skjedd i grupper, felles oppmerksomhet til den omkomnes familie.
 - Vurdere behov for tilrettelagt undervisning, fritak fra prøver for barn som er pårørende.

Tiltak for innsatspersonell/hjelpere: I enkeltsaker er det vanligvis ikke nødvendig med oppfølging av innsatspersonell ved selvmord, men det er viktig med regelmessig gjennomgang omkring hvordan hjelpetiltakene fungerer. (I tilfeller der Kriseteamet blir særskilt berørt – se "Tiltak for helpere" under *Transparitetsbaker*.) Det kan også være sentralt å diskutere akuttforebyggende tiltak, dersom det i et avgrenset område skjer mange selvmord innen kort tid, bl.a. for å diskutere hvorvidt forekomsten kan skyldes "smitteeffekt".

Tidsrammer og overføring til videre oppfølging:

- Akuttfasen da Kriseteamet iverksetter en del tiltak avsluttes ofte etter 1 uke (etter begravelsen).
- Dersom kommunen har få innbyggere og er liten i utstrekning, vil det ofte være Kriseteamets fagpersoner som følger opp videre, fordi kommunen ofte ikke har mange andre profesjonelle å spille på. Teamet lager da en plan for videre oppfølging av familien eller ulike enkeltindivider eller berørte grupper. Har kommunen få innbyggere som bor spredt (eks. utkantkommuner) kan det være hensiktsmessig å forholde seg som i punktet under, forutsatt at det fins fagpersoner i kommunen.

- Dersom kommunen har **mange innbyggere** og de bor tett (eks. byer), knytter Kriseteamet kontakt til fagpersoner i kommunen som har ansvar for nærområdet som de berørte bor i. K.T. kan gi anbefalinger og råd for omfang og videre oppfølging basert på hva som til nå er gjort eller igangsatt av tiltak overfor de berørte.
- Noen sentrale veiledende kriterier for hvem som særskilt skal følges opp videre:
 - voksne som nærmeste etterlatte
 - barn og unge som nære etterlatte
 - personer som har funnet avdøde
- Noen sentrale kriterier som øker behov for videre og mer intensiv oppfølging:
 - høy sanseeksponering eller høy grad av traumatisk etterreaksjoner
 - individ/familier/grupper (eks. ungdom) med psykososiale vansker forut for selvmordet foreldre som har mistet eneste barn
 - når en ser at voksenpersoner ikke er i stand til å fylle omsorgsroller, eks. overfor mindreårige barn eller gamle og syke etterlatte med dårlig/lite sosialt nettverk
 - mennesker som tidligere har strevd med psykiske problemer eller lidd smertefulle tap
 - den siste som hadde kontakt med den som tok sitt liv
- For å sikre mest mulig stabilitet for de berørte, bør den fra Kriseteamet som de har hatt mest kontakt med fortrinnsvis være kontaktperson for individ/familien også i den videre oppfølgingen. Denne personen bør kommunisere tett med fastlegen, som kan være viktig i den videre oppfølgingen av enkeltdividet.
- Leder av Kriseteamet (evt. en annen ansvarlig i K.T) bør ha ansvar for å påse at videre oppfølging kommer i gang og for eventuell overføring til andre instanser.

3. Den videre oppfølgingen

Mål: Gi etterlatte den psykososiale hjelp og støtte over tid som de trenger for gradvis å gjenoppta en normal hverdag. Bidra til å normalisere de etterlattes tanker, følelser og reaksjoner som en viktig del av sorgbehandling. Søke å hindre at den traumatiske opplevelsen får feste seg som fysisk eller psykisk sykdom, eller gi unødvendig lidelse som vanskeliggjør delaktelse i arbeidsliv, skolegang, eller sosialt liv.

Virkemidler: Måsetingen oppnås gjennom klare skriftlige rutiner for regelmessig kontakt med nære etterlatte og ved sammen med dem å fortløpende vurdere behov for tiltak, videre undersøkelser og eventuelt gi nødvendig hjelp og støtte. Kontakt og tilbud om hjelp bør være der det første året etter selvmordet og for noen kanskje enda lengre.

Koordinering og ansvarsfordeling (forslag):

- Telefonkontaktrutinen sikres alle berørte familier ved selvmord gjennom en klart definert kontaktperson fra K.T eller fastlegen. Denne personen koordinerer videre oppfølging.

- Skole, arbeidsplass følger sine rutiner videre i det omfang som er skissert i den enkelte plan. (Skolen har ansvar for ivaretagelse av berørt elev, mens arbeidsplassen ivaretar arbeidstaker som etterlatt).

Arbeidsform:

Direkte eller indirekte gjennom støttesamtaler, råd og veiledning, og vurdering av behov for videre oppfølging:

- KT-etterlattermøte en måned etter dødsfallet.
- KT-etterlattermøte tre måneder etter dødsfallet.
- Telefonkontakt-rutine: Eks. 2- 4-8-12 måneder etter dødsfallet.
- Dersom nærmeste etterlatte signaliserer ulike behov for hjelp (medisinsk, traumeterapeutisk intervensjon, familierådgivning, spesifikk barmefaglig hjelp, sjelesorg, støttesamtaler, eller praktisk-, økonomisk eller juridisk hjelp) ved den rutinemessige henvendelsen fra KT-kontakten, henviser KT-kontakten seg til relevante hjelpeinstanser i kommunen og skaffer slik hjelp.

Tiltak (forslag):

- Videreføre påbegynte støttesamtaler fra prest, psykolog, psykiatrisk sykepleier, etc. Likeledes fortsetter medisinsk behandling/konsultasjon, praktisk avlastning etc., som er påbegynt i akutfasen.
- Videreføre forebygging av psykososiale vansker gjennom repetering/supplering av informasjon fra akutfasen (se *Tiltak/tiltaksplaner*) på K.T-etterlattermøte en måned etter dødsfallet. Støttesamtalene i langtidsoppfølgingen vil avhenge noe av hva som er tatt opp i akutfasen, og hva det har vært naturlig og riktig å vente med. Følgende tema vil likevel oftest være sentrale i langtidsoppfølgingen:
 - Sosiale omkostninger og følelse av å stå alene i sorgen
 - Andres forventninger om hvordan man bør forholde seg til tapet/traumet
 - Realistiske tidsperspektiver på sorg, reaksjoner og vansker
 - Slitasje på parforhold
 - Hvordan selvmordet kan påvirke videre samliv (dersom ikke partner døde)
 - Bekymring for mindreårige berørtes utvikling og reaksjoner
 - Den døde, savnet og tomrommet
 - Hvordan mestre hverdagen
 - Videre behov for praktisk hjelp/avlastning med små barn i familien
 - Familiens fungering i den nye situasjonen
 - Spørsmål rundt obduksjonsrapport
 - Hvordan takle merkedager og påminnere
- Traumespesifikk kartlegging/screening av PTSD, angst, depresjon, og komplisert sorg iverksettes på K.T-etterlattermøte tre måneder etter dødsfallet dersom noen ser ut til å ha det særlig vanskelig (se *Kartlegging*).
- Vurdering av behov for forlenget sykemelding.
- Rådgivning/veiledning: Håndtering av sorg-/krisereaksjoner; håndtering av samlivsvansker; håndtering av barns sorg.
- Informasjon om viktigheten av å nyttiggjøre seg hjelp fra venner, familie, og øvrige sosiale nettverk.

- Juridisk og økonomisk veiledning (www.levnorge.no)
- Kontaktetablering til andre berørte, eks. sorg- og støttegrupper/organisasjoner:

- LEVE - www.levnorge.no
- Vi som har et barn for lite - www.eltantilforlite.no
- Kirkens SOS - www.kirkens-sos.no
- Humanetisk Forbund - www.human.no
- Fransiscus-hjelpen - www.sfpn.org

- Der unge mennesker har tatt livet sitt:
 - Oppfølgingsssamling for venner (eks. av ungdomsleder, lærer, prest) med fokus på livet videre, hvordan takle egne reaksjoner, kriterier for å søke mer hjelp og forsøk på å fange opp ungdom som trenger henvisning videre.
 - Oppfordre vennenetverk til å holde kontakt med unge etterlatte søsken/foreldre.

Tidsrammer:

- Kontakten med de etterlatte bør vedvare i alle fall inn til årsdagen etter selvmordet.
- Et viktig kriterium for avslutning av kontakt er de etterlatte opplever at de kan ta del i dagligliv og fritid uten at reaksjonene etter selvmordet hemmer deres deltakelse og livsutførelse.
- Ideell hyppighet: KT-etterlømmet etter én og tre måneder fra dødsfallet, supplert med telefonkontakt-rutine: f.eks. 2, 4, 8 og 12 måneder etter dødsfallet. Dette kan evt. følges opp av fastlegen i samarbeid med KT.
- Dersom berørte uttrykker manglende interesse for kontakt, eks. i starten eller ved en til å kontakte vedkommende på et senere (angitt) tidspunkt. De berørte bør opplyses om den kunnskap man har om variasjoner i opplevelse av behov for hjelp over tid, samt det normale ved et svingende sorgforløp hos etterlatte ved selvmord. En må imidlertid også opplyse om at noen greier seg utmerket uten hjelp, og de må ikke sykeliggjøres. Dersom berørte ikke ønsker videre kontakt overhodet, bør de opplyses om personer eller telefonnumre som kan kontaktes ved eventuelt senere opplevd behov for hjelp.
- Etter ett år bør KT/fastlegen vanligvis kunne forholde seg mindre utstrekende og aktivt med psykososial oppfølging overfor de etterlatte og forsette klientkontakt/lege-pasientforholdet som tidligere. Ved tegn på isolasjon eller andre former for passivitet bør likevel den aktivt utstrekende fasen fortsette utover det første året.

Kommentarer:

Videreoppfølgingen består bl.a. i oppfølgingsamtaler som gradvis spres utover i tid. Disse bør bl.a. ta opp familiekommunikasjon om dødsfallet, søskenreaksjoner, familiedynamikk, meningsaspekter og selvhjelpsmetoder. Fordi et selvmord innebærer et traume i tillegg til sorgen, er det viktig å vurdere om familiemedlemmer trenger oppfølging av psykolog for å få hjelp til mer spesifikke problemer. Det samme gjelder dersom sorgen er kronisk eller utsatt eller av andre grunner er blitt komplisert (*se Reaksjoner*). Øvrige støttetiltak må igangsettes ved behov, ved at fagperson/krise team som har ansvar for oppfølgingen følger kommunens rutiner og avgjør, i samråd med den/de pårørende, hva som er nødvendig psykososial hjelp. Sorggrupper passer for noen, men ikke for alle.

Hyppighet av kontakt må vurderes i hvert enkelt tilfelle, men ta sikte på kontakt i forbindelse med merkedager og høytider. Oppgaven for fagpersoner er å være realistisk i forhold til varighet av sorgprosess og være aktive i å tilby støtte og hjelp. Fra forskning vet vi at etterlatte har behov for å:

- forsøke å forstå motiv og utløsende årsaker til selvmordet. (NB! Barn og unge har behov for alderstilpassede forklaringer/samtaler)
- snakke om dødsfallet og opplevelser rundt det
- sortere og sette ord på følelser og tanker, særlig skyld og skam
- diskutere og få råd for å takle barns reaksjoner og vansker
- få råd om praktiske og sosiale problemer

Litteratur

1. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, AIDS and accidents. *Death Stud* 2003; 27: 143-65.
2. Jordan JR. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31: 91-102.
3. Li J, Precht DH, Mortensen PB et al. Mortality in parents after death of a child in Denmark: A nationwide follow-up study. *Lancet* 2003; 361: 363-7.
4. McIntosh JL. Control group studies of suicide survivors: a review and critique. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23: 146-61.
5. Feigelman W, Jordan JR, Gorman BS. How they died, time since loss, and bereavement outcomes. *Omega: Journal of Death and Dying Vol* 58(4), 2009, pp 251-273 2009;
6. Shneidman ES. *Definition of suicide*. New York: Wiley, 1985.
7. Reiterstøl N, Ekeberg Ø, Mehlum L. *Selv mord: et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2002.
8. Shneidman E. *On the nature of suicide*. San Francisco: Jossey-Bass, 1969.
9. De Groot MH, De Keijser J, Neeleman J. *Grief Shortly After Suicide And Natural Death: A Comparative Study Among Spouses and First-Degree Relatives*. *Suicide Life Threat Behav* 2006; 36: 418-31.
10. Dyregrov K. Assistance from local authorities versus survivors' needs for support after suicide. *Death Stud* 2002; 26: 647-68.
11. Dyregrov K. *Støtte til unge etterlatte*. Styrket omsorgsapparat for unge etterlatte ved selvmord. Rapport. Senter for Krisepsykologi. Bergen, 2006.
12. McMenamy J, Jordan J, Mitchell A. What do survivors tell us they need? Results from a pilot study. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38: 375-89.
13. Wilson A, Clark S. *South Australian Suicide Postvention Project*. Report to Mental Health Services. Department of Health, 2005.
14. Leenaars A. *Lives and deaths: selections from the works of Edwin S. Shneidman*. London: Brunner/Mazel, 1999.
15. Sosial- og helsedirektoratet. *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Rapport. IS-1315, 2008.
16. Statens helsetilsyn. *Bærumsmodellen, 1984-1994*. Skrifiserie. IK-2524, 1996.

17. De Groot MH, De Keijser J, Neeleman J. *Grief Shortly After Suicide And Natural Death: A Comparative Study Among Spouses and First-Degree Relatives*. *Suicide Life Threat Behav* 2006; 36: 418-31.
18. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, AIDS and accidents. *Death Stud* 2003; 27: 143-65.
19. Pfeffer CR, Martins P, Mann J et al. Child survivors of suicide: Psychosocial characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 65-74.
20. Li J, Precht DH, Mortensen PB et al. Mortality in parents after death of a child in Denmark: A nationwide follow-up study. *Lancet* 2003; 361: 363-7.
21. Sveen CA, Walby FA. Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38: 13-29.
22. Statens helsetilsyn. *Handlingsplan mot selvmord - Sluttrapport*. Rapport. IK-2720, 2000.
23. Dyregrov A. *Katastrofepsykologi*. Bergen: Fagbokforl., 2002.
24. Reed MD. Predicting grief symptomatology among the suddenly bereaved. *Suicide Life Threat Behav* 1998; 28: 285-301.
25. Leenaars A. *Psychotherapy with suicidal people: a person-centred approach*. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons, 2004.
26. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. *Etterlattestudien: rapport*. 2000.
27. Li J, Precht DH, Mortensen PB et al. Mortality in parents after death of a child in Denmark: A nationwide follow-up study. *Lancet* 2003; 361: 363-7.
28. Dyregrov K, Dyregrov A. *Sosial nettverksstøtte ved brå død: hvordan kan vi hjelpe?* Bergen: Fagbokforl., 2007.
29. Dyregrov A. *Complicated grief: Theory and treatment*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2006; 43: 779-86.
30. Schwab R. A child's death and divorce: Dispelling the myth. *Death Stud* 1998; 22: 445-68.
31. Leenaars A, Wenckstern S. Post-traumatic stress disorder: a conceptual model for postvention. I: Leenaars AA, Wenckstern S, red. *Suicide prevention in schools*. New York: Norton, 1990: 173-179.
32. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 616-23.
33. Dyregrov K, Dyregrov A. *Siblings after suicide - "The forgotten bereaved"*. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35: 714-24.

34. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Stud* 2003; 27: 143-65.
35. Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK. A Case for Inclusion of Prolonged Grief Disorder in DSM-V. I: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H et al., red. *Handbook of bereavement research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association, 2008: 165-186.
36. Stroebe MS, Hansson R, Schut H et al. *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association, 2008.
37. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Stud* 2003; 27: 143-65.
38. Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG et al. Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2004; 25: 12-8.
39. Dyregrov K. Hvilken hjelp ønsker etterlatte ved selvmord? *Suicidologi* 2004; 9: 8-11.
40. Sosial- og helsedirektoratet. *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008*. Rundskriv. IS-24/2004, 2004.
41. Sosial- og helsedirektoratet. *Plan for brukemedvirkning - Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Rapport. IS - 1315, 2006.
42. Dyregrov K, Dyregrov A. *Krisepsykologi i praksis*. Bergen: Fagbokforl., 2008.
43. Bugge RG. Når krisen rammer barn og unge. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2008.
44. Statens helseetilsyn. *Selvmordsforebyggende arbeid - Bærumsmodellen*. Utredningsserie. IK-2456. 1994.
45. Raundalen M, Schultz J-H. Kan vi snakke med barn om alt? *Pedagogisk forum*, 2008.
46. Dyregrov A. *Sorg hos barn: en håndbok for voksne*. Bergen: Fagbokforl., 2006.
47. Runvik M.J. *Pappa ville ikke leve*. [Oslo]: Seksjon for selvmordsforebygging og -forskning [i.e. Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging], Universitetet i Oslo, 2003.
48. Bø I. Hva betyr det for ungdom å oppleve sosial støtte?: på sporet av sammenhenger mellom hjemmebakgrunn, sosiale nettverk og opplevelse av psykososiale problemer hos 14-17-åringene. *Stavanger: Høgskolen i Stavanger, Senter for atferdsforskning*, 2003.
49. Helsedirektoratet. *Påreende - en ressurs*. Veileder om samarbeid med påreende innen psykiske helsejenester. Rapport. IS-1512, 2008.
50. Dyregrov A, Dyregrov K. *Når sorgen rammer en av dine ansatte*. Informasjonshäfte. Oslo: Landsforeningen uventet barnedød, 2008.

51. Vijayakumar L, John S, Pirkis J et al. Suicide in Developing Countries (2): Risk Factors. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2005; 26: 112-9.
52. Dahl S, Sveaas N, Varvin S. *Psykisk arbeid og psykososialt arbeid med flyktninger - veileder*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2006.
53. Neumayer SM, Skreslett A, Borchgrevink MC, Gravråmo S. *Psykososialt arbeid med flyktningbarn*. Introduksjon og fagveileder. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2006.
54. Bryant RA, Harvey AG, Dang ST et al. Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 862-6.
55. Joiner TE. *Why people die by suicide*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2005.
56. Rudd MD, Joiner T, Rajab MH. *Treating suicidal behavior: an effective, time-limited approach*. New York: Guilford Press, 2001.
57. Williams M. *Suicide and attempted suicide: understanding the cry of pain*. London: Penguin Books, 2001.
58. Begley M, Quayle E. The lived experience of adults bereaved by suicide: A phenomenological study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2007; 28: 26-34.
59. Callahan J. Predictors and correlates of bereavement in suicide support group participants. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30: 104-24.
60. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (Review). *The Cochrane Collaboration* 2007; 3: 1-82.
61. Blindheim A-R. *Hjernen, integrering og traumebehandling*. I: Dyregrov K, Dyregrov A, red. *Krisepsykologi i praksis*. Bergen: Fagbokforlaget, 2008: 172-185.
62. Dyregrov A. *Complicated grief: Theory and treatment*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2006; 43: 779-86.
63. Segal V. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press, 2002.
64. Shear K, Frank E, Houck PR et al. Treatment of Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 2005; 293: 2601-8.
65. Vøllestad J. *Oppmerksomt nærvær*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2007; 44: 860-7.

66. Neimeyer RA. Meaning reconstruction & the experience of loss. (2001) *Meaning reconstruction & the experience of loss* xiii, 359 pp Washington, DC, US: American Psychological Association 2001; 359.
67. Rose AJ, Carlson W, Walter EM. Prospective associations of co-rumination with friendship and emotional adjustment: Considering the socioemotional trade-offs of co-rumination. *Dev Psychol* 2007; 43: 1019-31.
68. Jordan JR, Neimeyer RA. Does grief counseling work? *Death Stud* 2003; 27: 765-86.
69. Kubany ES, Hill EE, Owens JA et al. Cognitive Trauma Therapy for Battered Women With PTSD (CTT-BW). *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 3-18.
70. Cerel J, Padgett JH, Conwell Y et al. A call for research: The need to better understand the impact of support groups for suicide survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* Vol 39(3), Jun 2009, pp 269-281 2009; Jun-281.
71. Hawton K, Simkin S. Helping people bereaved by suicide. *BMJ: British Medical Journal* 2003; 327: 177-8.
72. Jordan JR, McMenamy J. Interventions for Suicide Survivors: A Review of the Literature. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 337-49.
73. Murray JA, Terry DJ, Vance JC et al. Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Stud* 2000; 24: 275-305.
74. Amaya-Jackson L, Davidson JR, Hughes DC et al. Functional impairment and utilization of services associated with posttraumatic stress in the community. *J Trauma Stress* 1999; 12: 709-24.
75. Provini C, Everett JR, Pfeffer CR. Adults mourning suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior. *Death Stud* 2000; 24: 1-19.
76. Provini C, Everett JR, Pfeffer CR. Adults mourning suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior. *Death Stud* 2000; 24: 1-19.
77. Pfeffer CR, Martins P, Mann J et al. Child survivors of suicide: Psychosocial characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 65-74.
78. Hung NC, Rabin LA. Comprehending childhood bereavement by parental suicide: A critical review of research on outcomes, grief processes, and interventions. *Death Studies* Vol 33(9), Oct 2009, pp 781-814 2009; Oct-814.
79. Murphy SA. The use of research findings in bereavement programs: A case study. *Death Stud* 2000; 24: 585-602.

80. Murray JA, Terry DJ, Vance JC et al. Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Stud* 2000; 24: 275-305.
81. Bryant RA, Harvey AG, Dang ST et al. Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 862-6.
82. Murray JA, Terry DJ, Vance JC et al. Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Stud* 2000; 24: 275-305.
83. Murphy SA. The use of research findings in bereavement programs: A case study. *Death Stud* 2000; 24: 585-602.
84. Murray JA, Terry DJ, Vance JC et al. Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Stud* 2000; 24: 275-305.
85. Kari Dyregrov. The loss of a child by suicide, SIDS, and accidents: consequences, needs and provisions of help. Doctoral dissertation. Research Centre for Health Promotion, Faculty of Psychology, University of Bergen; Center for Crisis Psychology, 2003.
86. Anderson M, Jenkins R. The national suicide prevention strategy for England: The reality of a national strategy for the nursing profession. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13: 641-50.
87. Beautrais AL. (2004). *Suicide Postvention. Support for Families, Whanau and Significant Others after a Suicide*. <http://www.myd.govt.nz/media/pdf/postvention-ht.pdf>
88. Campbell FR, Cataldie L, McIntosh J et al. An Active Postvention Program. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2004; 25: 30-2.
89. Defauw N, Andriessen K. Networking to support suicide survivors. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2003; 24: 29-31.
90. Jordan JR, Neimeyer RA. Does grief counseling work? *Death Stud* 2003; 27: 765-86.
91. Hawton K, Simkin S. Helping people bereaved by suicide. *BMJ: British Medical Journal* 2003; 327: 177-8.
92. Stroebe MS, Hansson RO, Schut H et al. Bereavement Research: 21 st-Century Prospects. I: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H et al., red. *Handbook of Bereavement Research and Practice: advances in theory and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association, 2008: 577-603.
93. Sikkema KJ, Hansen NB, Ghebremichael M et al. A randomized controlled trial of a coping group intervention for adults with HIV who are AIDS bereaved: Longitudinal effects on grief. *Health Psychol* 2006; 25: 563-70.
94. Cohen JA, Mannarino AP, Staron VR. A Pilot Study of Modified Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Traumatic Grief (CBT-CTG). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2006; 45: 1465-73.

95. Shear K, Frank E, Houck PR et al. Treatment of Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 2005; 293: 2601-8.
96. Clark S. Bereavement after suicide—how far have we come and where do we go from here? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2001; 22: 102-8.
97. Jordan JR, McMenamy J. Interventions for Suicide Survivors: A Review of the Literature. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 337-49.
98. Shear MK, Smith-Caroff K. Traumatic loss and the syndrome of complicated grief. *PTSD Research Quarterly* 2002; 13: 1-7.
99. Cerel J, Campbell FR. Suicide survivors seeking mental health services: A preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38: 30-4.
100. Kunnskapscenteret. Psykososiale tiltak ved kriser og ulykker. Rapport. NR 14-2007, 2007.
101. Bryant KA, Harvey AG, Dang ST et al. Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 862-6.
102. Jordan JR, McMenamy J. Interventions for Suicide Survivors: A Review of the Literature. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 337-49.
103. Sakinofsky I. The aftermath of suicide: managing survivors' bereavement. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*.



Skjenkekontroll

Stedets navn: **Telegrafan**

Adresse: **Arenset 11, 4370 EIGERSUND**

Kommune: **Eigersund**

Bevillingshaver: **Telegrafan**

Styrer: **Thorsen Paul**

Stedfortreder: **Skailand Solveig**

Eigersund kommune
GRADEINNT:
MOTTATT: - 7 JUL 2010
ARKIVSAKID: 07/4313

Endringer i overnevnte opplysninger

Ja Nei

Dato: **2/7-10**

Fra kl: **23¹⁵** Til kl: **23¹⁵ - fullt**

Hvis JA hvilke endringer.....

(Ved endring i bevillingshaver, styrer eller stedfortreder SE BAKSIDEN)

Type sted: **S**

Internkontroll OK (12.02.2010)

Fylles kun ut for skjenkesteder

Røykeforskriften: 2010

Skjenketid: **23³⁰** Lukketid: **—** Undg. over 18 år: Voksne over 30 år:

Lite besøk Halvfullt Fullt Overfylt

Åpenbart påvirkede personer i lokale: Ja Nei Mangler alkoholfrie alternativer: Ja Nei

Fylles ut både for salgs- og skjenkesteder

Salg/skjenking til for unge (også lettøl-vin): Ja Nei Salg/skjenking ~~over tiden~~: Ja Nei

Salg/skjenking til åpenbart påvirket pers.: Ja Nei Andre merknader: Ja Nei

Mangler stedet internkontroll etter alkoholloven: Ja Nei Ulovlig reklame: Ja Nei

Røykes det inne i lokalet: Ja Nei Tilleggsrapport ettersendes: Ja Nei

NBI Svar merket med JA må kommenteres

Kontrollørens underskrift: *[Signature]*

Samtale med:

Kontrollørens underskrift: *[Signature]*

[Signature]

- Styrer
- Stedfortreder
- Ansatt

Bekreftet mottat



Skjenkekontroll

Stedets navn: **Havnehagen**

Adresse: **Jernbanekaien, 4370 EIGERSUND**

Kommune: **Eigersund**

Bevillingshaver: **Havnehagen**

Styrer: **Nevland Steinar**

Stedfortreder: **Bilstad Aslaug**

Endringer i overnevnte opplysninger

Ja

Nei

Dato

2/7-2010

Fra kl

22²⁵

Til kl

22⁴⁵

Hvis JA hvilke endringer.....

(Ved endring i bevillingshaver, styrer eller stedfortreder SE BAKSIDEN)

Type sted:

Uteservering på avgrenset område IK--OK (28.04.2009)

Eigersund kommune
GRADERING:
MOTTATT: - 7 JUL 2010
ARKIVSAKID: 07/4313

Fylles kun ut for skjenkesteder

Røykeforskriften: 2010

Skjenketid

07⁰⁰

Lukketid

07³⁰

Ungd. over 18 år

Voksne over 30 år

Lite besøk

Halvfullt

Fullt

Overfylt

Åpenbart påvirkede personer i lokale

Ja

Nei

Mangler alkoholfrie alternativer

Ja

Nei

Fylles ut både for salgs- og skjenkesteder

Salg/skjenking til for unge (også lettøl-vin)

Ja

Nei

Salg/skjenking over tiden

Ja

Nei

Salg/skjenking til åpenbart påvirket pers.

Ja

Nei

Andre merknader

Ja

Nei

Mangler stedet internkontroll etter alkoholoven

Ja

Nei

Ulovlig reklame

Ja

Nei

Røykes det inne i lokalet

Ja

Nei

Tilleggsrapport ettersendes

Ja

Nei

NB! Svar merket med JA må kommenteres

Kontrollørens underskrift:

[Handwritten signature]

Samtale med:

Kontrollørens underskrift:

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Styrer

Stedfortreder

Ansatt

Bekreftet mottat



Skjenkekontroll

Stedets navn: **Grand Hotel**

Adresse: **Johan Feyersgt 3, 4370 EIGERSUND**

Kommune: **Eigersund**

Bevillingshaver: **Grand Hotel**

Styrer: **Hebnes Sleveland Geir Sølve**

Stedfortreder: **Madland Sølvi Gravdal**

Endringer i overnevnte opplysninger

Ja

Nei

Dato: **2/7-2010**

Fra kl: **22⁰⁰**

Til kl: **22²⁰**

Hvis JA hvilke endringer.....

(Ved endring i bevillingshaver, styrer eller stedfortreder SE BAKSIDEN)

Type sted: **S**

Internkontroll OK(12.02.2010)

Eigersund kommune
GRADERING:
MOTTATT: - 7 JUL 2010
ARKIVSAKID: 07/4313

Fylles kun ut for skjenkesteder

Røykeforskriften: 2010

Skjenketid

01³⁰

Lukketid

02²⁰

Undg. over 18 år

Voksne over 30 år

Lite besøk

Halvfullt

Fullt

Overfullt

Åpenbart påvirkede personer i lokale

Ja

Nei

Mangler alkoholfrie alternativer

Ja

Nei

Fylles ut både for salgs- og skjenkesteder

Salg/skjenking til for unge (også lettøl-vin)

Ja

Nei

Salg/skjenking over tiden

Ja

Nei

Salg/skjenking til åpenbart påvirket pers.

Ja

Nei

Andre merknader

Ja

Nei

Mangler stedet internkontroll etter alkoholloven

Ja

Nei

Ulovlig reklame

Ja

Nei

Røykes det inne i lokalet

Ja

Nei

Tilleggsrapport ettersendes

Ja

Nei

NB! Svar merket med JA må kommenteres

Kontrollørens underskrift:

[Handwritten signature]

Kontrollørens underskrift:

[Handwritten signature]

Samtale med:

- Styrer
- Stedfortreder
- Ansatt

[Handwritten signature: Hjordis H. Cheynov]

Bekreftet mottat



Skjenkekontroll

Stedets navn: Ambulerende bevilling/Enkel	Eigersund kommune
Adresse: BYTELLET	GRADERING: 0
Kommune: Eigersund	MOTTATT: - 7 JUL 2010
Bevillingshaver:	ARKIVSAKID: 07/4313
Styrer: ROALD REPLAND	Stedfortreder: INGVALD RORLAND LENE RORAS
Endringer i overnevnte opplysninger <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Dato: 2/7-2010 Fra kl: 23²⁰ Til kl: 23⁰⁰
Hvis JA hvilke endringer..... (Ved endring i bevillingshaver, styrer eller stedfortreder SE BAKSIDEN)	
Type sted:	

Fylles kun ut for skjenkesteder Røykeforskriften:

Skjenketid **01⁰⁰** Lukketid **01³⁰** Ungd. over 18 år **X** Voksne over 30 år **X**

Lite besøk Halvfullt Fullt Overfylt

Åpenbart påvirkede personer i lokale Ja Nei Mangler alkoholfrie alternativer Ja Nei

Fylles ut både for salgs- og skjenkesteder

Salg/skjenking til for unge (også lettøl-vin)	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Salg/skjenking over tiden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Salg/skjenking til åpenbart påvirket pers.	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Andre merknader	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
Mangler stedet internkontroll etter alkoholloven	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Ulovlig reklame	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
Røykes det inne i lokalet	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Tilleggsrapport ettersendes	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei

NBI Svar merket med JA må kommenteres

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kontrollørens underskrift: *[Signature]* Samtale med: Styrer Stedfortreder Ansatt

Kontrollørens underskrift: *[Signature]* **Lenne Rorås** Bekreftet mottat



Skjenkekontroll

Stedets navn: **Corner pub & Diskotek**

Adresse: **Nytorget 5, 4370 EIGERSUND**

Kommune: **Eigersund**

Bevillingshaver: **Corner pub & Diskotek**

Styrer: **Thu Torill**

Stedfortreder: **Ødegaard Cecillie**

Endringer i overnevnte opplysninger Ja Nei

Dato: **27-2010** Fra kl. **22⁰⁰** Til kl. **23⁰⁰**

Hvis JA hvilke endringer.....
(Ved endring i bevillingshaver, styrer eller stedfortreder SE BAKSIDEN)

Type sted: **D** **Uteservering i sommersesongen brennevin til 00.30.IK-OK (**

Eigersundkommune

GRADERING:

MOTTATT: **- 7 JUL 2010**

ARKIVSAKID: **07/4313 - BR**

Fylles kun ut for skjenkesteder Røykeforskriften 2010

Pålagt å ha godkjent dørvakt. OK? **JA** / NEI

Skjenketid: **01³⁰** Lukketid: **02⁰⁰** Undg. over 18 år: **8** Voksne over 30 år: **X**

Lite besøk Halvfullt Fullt Overfylt

Åpenbart påvirkede personer i lokale Ja Nei Mangler alkoholfrie alternativer Ja Nei

Fylles ut både for salgs- og skjenkesteder

Salg/skjenking til for unge (også lettøl-vin) Ja Nei

Salg/skjenking til åpenbart påvirket pers. Ja Nei

Mangler stedet internkontroll etter alkoholoven Ja Nei

Røykes det inne i lokalet Ja Nei

Salg/skjenking over tiden Ja Nei

Andre merknader Ja Nei

Ulovlig reklame Ja Nei

Tilleggsrapport ettersendes Ja Nei

NBI Svar merket med JA må kommenteres

Kontrollørens underskrift: *[Signature]*

Kontrollørens underskrift: *[Signature]*

Samtale med: *[Signature]*

Bekreftet mottat

Styrer

Stedfortreder

Ansatt

**Oversikt over faste medlemmer i helse- og omsorgsutvalget
for perioden 2007 - 2011**

Helse- og omsorgsutvalget		11 representanter			E-post adresse
Leder: Kjell Fredriksen	Lyngveien 48	4370	EGERSUND	FRP	ahrem@dabb.no
Nestleder: Arne Geir Ege	Gamle Eigesveien 313	4375	HELLVIK	KRF	Arne.Geir.Ege@rogfk.no
Arbeiderpartiet	3 representanter				
Ruth Kari Ludvigsen Fiske	Gåsungeveien 13	4370	EGERSUND	AP	ruthkari.ludvigsen@dabb.no
Odd Stangeland	Løvenborgveien 22	4370	EGERSUND	AP	odd-stangeland@c2i.net
Erik Ludvigsen	Fjellveien 24	4370	EGERSUND	AP	erik.ludvigsen@dabb.no
Fremskrittspartiet	2 representanter				
Kjell H. Fredriksen	Lyngveien 48	4370	EGERSUND	FRP	ahrem@dabb.no
Jane Beathe A. Espnes	Holan 3	4370	EGERSUND	FRP	janebeathe@gmail.com
Høyre	2 representanter				
Bjørn Carlsen	Tråsavigveien 37	4375	Hellvik	H	bjorn.carlsen@dabb.no
Olaug Nordeide	Rundevollsveien 50	4370	EGERSUND	H	olaug.nordeide@gmail.com
Kristelig Folkeparti	2 representanter				
Arne Geir Ege	Gamle Eigesveien 313	4370	EGERSUND	KRF	arne.geir.ege@dalane.vgs.no
Anja Tingbø Omdal	Øygreisveien 116	4370	EGERSUND	KRF	anja.t.omdal@c2i.net
Senterpartiet	1 representanter				
Ester Ørsland	Sokndalsveien 530	4370	EGERSUND	SP	ester.oersland@hotmail.com
Venstre	1 representanter				
Anne Margrete Herigstad	Bowitzbakken 4	4370	EGERSUND	V	anne.margrete.herigstad@eigersund.kommune.no

Politisk sekretariat

Sekretariatet har bl.a ansvaret for å yte service til kommunens folkevalgte, og har også sekretariatsfunksjonene for Kommunestyret, Formannskapet, Miljøutvalget, Kultur- og oppvekstutvalget, Helse- og omsorgsutvalget, Administrasjonsutvalget, Felles brukerutvalg og Særskilt klagenemnd.

Det er politisk sekretariat som har det praktiske ansvaret for oppsett av sakslistene, utsendelse av saksdokumenter, protokoll m.m.

Ønsker du kopi av saksdokumenter til noen av sakene i kommunestyret, formannskap eller noen av utvalgene, evt at du har andre spørsmål angående politiske utvalg, kan du kontakte oss i sekretariatet. Du finner også saksdokumenter til det enkelte møte på kommunens nettsider www.eigersund.kommune.no/politisk/ under Saksdokumenter til politiske utvalg (med vedtak) Her kan du gå inn på den enkelte sak (uten vedlegg) eller gå inn i en stor (pdf) fil med de komplette saksdokumenter med samtlige vedlegg.

Faglige spørsmål om enkelte saker bør rettes til den enkelte saksbehandler. Dersom du ikke vet hvem som er saksbehandler, vil vi hjelpe deg frem til rette vedkommende.

Organisatorisk ligger politisk sekretariat i *Seksjon interne tjenester i Sentraladministrasjonen*, men ordføreren har instruksjonsrett overfor sekretariatet.

I sentraladministrasjonen ligger også overformyndieriet som er det politiske organ som forvalter umyndige personers økonomi. Dette er politisk ledet av to folkevalgte og har egen sekretær.

Styret for Eigersund Havn KF har sin sekretariatsfunksjon hos havnesjefen, som holder til i Havnebygget i Strandgt 2.

Kontrollutvalget har sin sekretariatsfunksjon hos Deloitte Advokatfirma AS – Stavanger.

Adresse / telefonnr. m.m.

Postadresse:

Politiske sekretariat, Eigersund kommune
Postboks 580, 4379 Eigersund

Besøksadresse:

Rådhusets 4 etasje, Bøckmans gate 2, 4270 Eigersund.

Telefaks:

51 46 80 97

Navn	Direkte telefon	E-post	Sekretær for utvalg
Sekretariatsleder Leif E Broch	51 46 80 23 / Mobil: 908 81 568	leif.broch@eigersund.kommune.no	Kommunestyre, Formannskap, Særskilt klagenemnd.
Politisk sekretær Randi Haugstad	51 46 80 24 Mobil: 489 98 284	randi.haugstad@eigersund.kommune.no	Miljøutvalget, Felles brukerutvalg.
Politisk sekretær Målfrid Espeland	51 46 80 25 Mobil: 489 98 717	maalfrid.espeland@eigersund.kommune.no	Kultur og oppvekstutvalget, helse- og omsorgsutvalget.
Politisk sekretær Irene Randen	51 46 80 45 Mobil: 489 98 285	irene.randen@eigersund.kommune.no	Administrasjonsutvalget, Arbeidsmiljøutvalget, gjeldsrådgivning, avlønning og økonomi.

Andre politiske utvalg/organ som ikke har sekretariatsfunksjon hos politisk sekretariat.

Thale Thomseth	51 81 56 37	kontrollutvalget@eigersund.kommune.no	Kontrollutvalget
Knut Seglem	51 46 83 61	knut.seglem@eigersund.havn.no	Sekretær for styret for Eigersund havn KF
Sekretær Ingebjørg Hestnes	51 46 80 17	ingebjorg.hestnes@eigersund.kommune.no	Sekretær for overformyndieriet

Ajour: 27.04.10