

Utredning og vurdering om hvordan man
kan samhandle om rus og psykiatri i
Salten kommune

Samhandling for kommunalt ettervern Rus og Psykiatri

Et samarbeidsprosjekt
mellom Salten Regionråd og
kommunene i Salten

Lena Breivik



Innhold

1.	Forord	3
2.	Mandat og forståelsen av dette	3
	2.1 Bakgrunn og vedtak	3
3.	Begrepsavklaringer	4
4.	Arbeidsprosess	4
	4.1 Prosjektgruppens sammensetting	4
	4.2 Gjennomføring	5
5.	Samhandling	5
	5.1 Status i de ulike kommunene	6
	5.2 Hva er i dag til hinder for samhandling?	7
	5.3 Overføringsverdi til de andre kommune	7
	5.4 Ulike samhandlingsområder	8
6.	Ettervern, status i dag	8
7.	Forslag til løsning på utfordringene	10
	7.1 Opprettelse av nye nettverk	10
	7.2 Interkommunalt ettervernsteam	11
	7.3 Etterverns plasser i døgnbemannet bolig	12
8.	Finansiering	12
	8.1 Felles strategi for samarbeid og eierstyring	13
	8.2 Ekstern finansiering	13
	8.3 Kostnader	13
9.	Kilder	14

1. FORORD

Prosjektet med å beskrive «Samhandling innenfor kommunalt ettervern rus og psykiatri» er initiert av Salten Regionråd.

Det ble på denne bakgrunn opprettet en prosjektgruppe sammensatt av representanter fra de ulike Salten-kommunene. Prosjektet ble ledet av Lena Breivik, leder av Oppfølgingstjenesten psykisk helse og rus i Bodø kommune. Prosjektgruppens arbeid presenteres i denne rapporten. En samlet prosjektgruppe står bak vurderingene og anbefalingene.

Rapporten beskriver og kartlegger de områdene en interkommunal samhandling vil omhandle og kommer med en faglig fundert anbefaling.

2. MANDATET OG FORSTÅElsen AV DET

2.1 Bakgrunn og vedtak

- **Møteprotokoll Salten Regionråd 5. juni 2015**

SR-sak 22/15 Godkjenning av prosjektplan: Samhandling for kommunalt ettervern rus og psykiatri.

Enstemmig vedtak: Salten Regionråd vedtar prosjektplan for å utrede og vurdere hvordan man kan samhandle om rus og psykiatri i kommunene i Salten.

Midlene som er bevilget i SR-sak 33/13 trekkes tilbake som følge av manglende fullfinansiering og framdrift i forprosjektet.

Midlene omdisponeres til å finansiere utredningen i henhold til prosjektplanen.

- **Møteprotokoll Salten regionråd 3. juni 2016**

SR-sak 27/16 Samhandling innenfor kommunalt ettervern rus og psykiatri- prosjektoppstart.

Forslag til vedtak: Salten regionråd vedtar forslag til organisering av prosjektet «Samhandling innenfor kommunalt ettervern rus og psykiatri» i henhold til saksframlegget og vedtatte prosjektplan.

Prosjektleder frikjøpes fra sin ordinære jobb i Bodø kommune.

Prosjektet finansieres gjennom avsatte midler på inntil 300.000 kroner. Midlene belastes med inntil kr. 150.000 fra prosjektet «Sunnhet i Salten» og inntil 150.000 fra «SRs Irisfond».

Medgått arbeidstid hos øvrige representanter i prosjektet belastes den enkelte kommune.

3. BEGREPSAVKLINGER

ACT «Assertive Community Treatment»: En intensiv, teambasert behandlingsmodell innen psykiatrien som kjennetegnes av at behandlerne oppsøker pasienten i pasientens eget lokalsamfunn, etablerer kontakt på pasientens premisser, samt dekker ulike behov på tvers av fag og sektorer.

Ettervern: Behandling og annen helsefaglig oppfølging etter utskriving fra institusjon.

Fact «Flexible Assertive Community Treatment»: Fleksibel aktiv oppsøkende behandling. Er utviklet gjennom praktisk erfaring med ACT-modellen.

KAD: Kommunale akutte døgnplasser

LAR: Legemiddelassistert Rehabilitering

ROP: Pasienter med sammensatte rus- og psykiatri lidelser

Salten DPS: Salten Distriktpsykiatriske Senter

4. ARBEIDSPROSESS

4.1 Prosjektgruppen har hatt følgende sammensetning.

- Lena Breivik, Bodø kommune (leder)
- Morten Hammer, Beiarn kommune
- Hildegun Johnsen, Bodø kommune
- Hilde Christine Sørensen, Fauske kommune
- Berith Antonsen, Gildeskål kommune
- Bente Haukås, Hamarøy kommune
- Elisabeth Evjenth, Meløy kommune
- Marit Nybakk, Saltdal kommune
- Kristine Skagstad, Steigen kommune
- Roy Larsen, Sørfold kommune

4.2 Gjennomføring

Prosjektgruppen hadde oppstart 12. september 2016 og har hatt 9 arbeidsmøter. Skrivearbeid har vært utført av Lena Breivik mellom arbeidsmøtene. Mail har også vært benyttet som arbeidsverktøy i arbeidet.

Prosjektgruppen ble satt sammen av fagpersoner fra kommunen med ulik faglig bakgrunn. Det ble brukt en del tid på å få en omforent forståelse av mandatet og hvordan man på best mulig måte skulle løse oppgaven.

Prosjektgruppen savnet medlemmer med brukererfaring. På bakgrunn av dette har man hatt dokumentet til gjennomlesning av erfaringskonsulent, Odd Arild Johnsen, i privat foretak.

Underveis i prosessen har vi, ved flere anledninger, vært i kontakt med Fylkesmannen ved Sita Grepp (Seniorrådgiver i Helse- og omsorgsavdelingen) og Yngve Osbakk (Seniorrådgiver i Helse- og omsorgsavdelingen). Vi har også samarbeidet med Salten DPS og Salten psykiatriråd.

Prosjektleder har ved 3 anledninger lagt fram status underveis for Salten Regionråd (Arbeidsutvalget 3. februar og 19. mai samt Rådmannsutvalget 7. juni). Arbeidsutvalget har fungert som prosjektets styringsgruppe.

Arbeidsgruppen ønsket ikke stedfortreder når medlemmene var forhindret fra å møte. Dette med tanke på gruppens dynamikk.

5. SAMHANDLING

Rus- og psykiatritilbudet i Salten-kommunene er per tiden organisert innad i de enkelte kommunene. Dette gjelder hele pasientforløpet; fra kontaktetablering, kartlegging, behandling og oppfølging/ettervern. Kartlegging og behandling er koplet til andre- og tredjelinjen. Fastlege henviser til tverrfaglig spesialisert behandling og pasienter vurderes deretter etter behov. Behovene varierer fra poliklinisk behandling til døgnbehandling. Helsedirektoratet gir anbefalinger for hvordan samhandling innad i kommunene, samt mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, bør se ut. Hva som skjer i praksis, og hvordan det løses i de ulike kommuner varierer. Noen har utarbeidet handlingsplaner, andre ikke. Samarbeid med ideelle organisasjoner og brukermedvirkning er sentralt. Dagens situasjon i de ni kommunene varierer svært. Noen opplever at de løser situasjonen på en delvis god måte, andre ikke i det hele tatt.

Når samhandlingen i Salten-kommunene beskrives har arbeidsgruppen valgt og ikke beskrive den enkelte kommune. Vi har valgt å slå sammen argumentene under ett. Vi ser at de ulike kommunene stort sett har samme utfordringer. De største ulikhetene ser vi i forhold til de to største kommunene og de mindre.

5.1 Status i de ulike kommunene

Salten kommunene er ulike på flere områder. Dette gjør at statusen ikke er lik, spesielt mellom de to største kommunene (Bodø og Fauske) og de små kommunene. Likevel kan en se flere likhetstrekk. Nedenfor har arbeidsgruppen utdypet de ulike hovedområdene innenfor fagfeltet som omhandler rus og psykisk helse (populasjon, fag, lokalisasjon, samhandling, økonomi og personell).

Boliger. Alle kommunene har utfordringer i forhold til boliger. De fleste har ønske/ planer om døgnbemannede boliger.

Syssetting/ aktivitet/arbeid for målgruppen. Brukere og medarbeidere etterspør «en meningsfull hverdag» og «noe å stå opptil». Noen kommuner har vekstfabrikker, men rus/psykiatri er ikke målgruppen på disse. Det samme gjelder psykiatrisk dagsenter. Det er sjelden forenlig med aktiv rus og deltagelse på et dagsenter.

Planverk. De fleste kommunene forteller at de mangler handlingsplaner eller at de er utgått på dato. Noen er under revidering. Dette fører ofte til ad-hoc løsninger som igjen gir lite kontinuitet eller forutsigbarhet.

Medarbeidere som jobber med fagfeltet. Etter Opptrappingsplanen på psykisk helse ble avsluttet i 2008 opplever flere av kommunene at de tidligere øremerkede midlene ikke lenger brukes på fagfeltet. Stillinger er fjernet. Antall medarbeidere på fagfeltet varierer fra 1 i den minste, til 130 ansatte i den største kommunen.

Psykolog i kommunen. Flere av kommunene har ansatt psykologer. De som ikke allerede har det, planlegger ansettelse. Noen av kommunene opplever vanskeligheter med rekruttering.

Samhandling med andre kommuner og spesialisthelsetjenesten. Alle kommunene synes de samhandler godt med Salten DPS. Noen få av kommunene samarbeider seg imellom på områdene barnevern, legevakt, kommunepsykolog og FACT-team. De fleste melder om godt samarbeid med NAV og spesialisthelsetjenesten.

Tilgjengelighet. Kun en av kommunene har psykiske helsearbeidere som går i turnus i hjemmetjenesten. Ellers overtar den somatiske hjemmetjenesten på kveldstid.

Organiseringen er ulik i de forskjellige kommunene. Rus og psykisk helse er noen steder under ulike avdelinger, andre er samorganisert.

KAD psykisk helse og rus. De fleste kommunene har ikke opprettet egne plasser, men implementerer dem i de somatiske KAD-plassene. Kun en kommune har foreløpig etablert egen seng for målgruppen, en annen kommune har planer om det.

5.2 Hva er i dag til hinder for å kunne samhandle i Salten?

Nedenfor har vi beskrevet områder som oppleves som problematiske ved et eventuelt samarbeid på tvers av kommunen i Salten. Dette er utsagn fra medarbeidere som jobber innenfor fagfeltet.

Geografi: Det er store avstander i Salten. Flere av kommunene opplever at det er «Dobbelt så langt å kjøre fra Bodø kontra andre veien».

Økonomi: Hvem skal betale for hva ved et samarbeid? Fordelingsnøkkel? Skal det betales en fast årlig sum eller kun ved bruk?

Det mellommenneskelige: Det handler om mennesker og ikke en vare. Det kompliserer.

Avtaler: Det må være på plass gode, beskrivende avtaler hvor ansvarsfordelingen kommer tydelig fram.

Politikere: Å forholde seg til skiftende posisjoner er en stor utfordring for utførelse av tjenester. Frustrerende når fagmiljøene enes, men når det skal politisk behandles stoppes det av «lekfolk».

Forandring: Viktig i både ledelse og blant politikere.

It-utfordringer: I dag mangler vi gode IT-løsninger for samhandling. Teknologien finnes, men flere av kommunene benytter seg ikke av dem.

Tidligere erfaringer: Flere av kommunene har dårlige erfaringer med tidligere samhandling og er derfor engstelig for nye forsøk.

Storby vs. Småkommuner: Vi har ulike utfordringer noe som vanskeliggjør samhandling.

Lokalisering: Hvor skal en evt. samhandling finne sted? Det stopper ofte når det blir snakk om lokalisering.

Målgruppen: Noen av kommunene har for få innbyggere i denne målgruppen. Vanskelig å gi et godt tilbud når det er så få.

Stedbundet: Brukerne vil hjem, de ønsker ikke å oppholde seg i en annen kommune etter for eksempel en utskrivelse fra sykehus.

5.3 Overføringsverdi til de andre kommunene

I arbeidsgruppen ble det fokusert mye på mangler og utfordringer i kommunene. Vi ser likevel flere områder vi er gode på og som kan ha stor overføringsverdi til andre. Noen av kommunene fremhever allerede samarbeid på områder som tidligere nevnt (blant annet barnevern, legevakt, Housing First, Fact med mer). Andre trekker fram eksempler som gode lavterskeltilbud (uten vedtak) til de med lettere diagnoser og behov. Det gis omsorg, mat, sårstell til brukere i aktiv rus. Dusj og klesvask er også mulig i et par av kommunene. Andre trekker fram at de har et godt rykte blant kommunens befolkning, det oppfattes som lett å ta kontakt ved behov. En av kommunene har ordnet det slik at de kan dokumentere i felles system som fastlegene. Noen opplever meget gode tilbakemeldinger fra samarbeidspartnere, spesielt trekkes spesialisthelsetjenesten fram. Et par av kommunene har kommet langt i forhold til barneansvarlig i tjenestene. Sterkt fagmiljø nevnes av noen, andre snakker om relasjonsbygging. En av kommunene er spesielt stolt av sine bemannede rus- og psykiatriboliger.

Flere er blitt gode på å søke om midler til prosjekter og gjennomføring med gode resultater. En av småkommunene forteller at de håndterer «alt» av utfordringer.

5.4 Ulike samhandlingsområder

Alle i arbeidsgruppen har tatt en runde i sin kommune og blitt utfordret på å komme med konkrete områder vi kan samhandle på:

Barnevern: 2 av kommunene samarbeider godt med et interkommunalt barnevern. De opplever det som meget positivt at ansatte i barnevernet ikke bor i samme kommune som de arbeider i. Det er også bra med et bredere fagmiljø. Belastende å jobbe med tunge og alvorlige saker alene.

Kommunale nettverk: Det er ønskelig fra alle kommunene å danne et nettverk bestående av medarbeidere som jobber med vår målgruppe. Vi ser for oss 2 ulike nettverk; ett på ledernivå/systemnivå og ett fagnettverk for de som jobber direkte ut mot brukere. Vi i denne arbeidsgruppen har fått nyttig erfaring i å diskutere ulike problemstillinger som er felles uavhengig av kommunegrense.

Tilbakemeldinger og høringsuttalelser: Vi ser, til tider, at vi lar være å gi tilbakemeldinger på for eksempel høringsuttalelser. Det ville sannsynligvis blitt bedre ved å gi en felles uttalelse fra flere av kommunene. Et eksempel kan være Samhandlingsreformen ved innføring av KAD-senger og betalingsplikt.

Samarbeid på brukernivå: Viktig med samarbeid på individnivå da mange av brukerne i Salten velger å flytte mellom kommunene.

Hybelstua: De fleste av hybelungdommene i Bodø har bostedsadresse i andre kommuner. Kanskje burde andre kommuner betale for denne type tjenester (jmf. krisesenter og overgrepsmottak)?

Fagdager/fagmøter: Når en holder fagdager og fagmøter burde vi, så langt det er mulig, invitere andre kommuner til å delta.

Kompetansebank: Vi bør opprette en felles kompetansebank hvor vi har en oversikt over kompetansen på fagfeltet i de ulike kommunene. Vi vil da kunne veilede og undervise hverandre.

Hospitering: Vi bør åpne opp for å la kommunene hospitere hos hverandre. Det er mye kompetanse i Salten.

6. ETTERVERN, STATUS I DAG

Arbeidsgruppen er, fra Salten regionråd, spesielt utfordret på å komme med løsninger i forhold til ettervern. Før vi kommer til forslag på forbedringer er det viktig å se på status i dag. Her har vi også valgt ikke å nevne navn på kommunene.

Alle kommunene sier at ettervernet ikke er tilfredsstillende. Brukere blir plassert i belastende områder. Det mangler rammebetingelser. Det savnes klart definerte mål og tydelige rammer.

De fleste kommunene mangler bemannede ettervernsboliger til målgruppen som sliter med den psykiske helsen samt rusproblematikk. Et par planlegger bygging av ettervernsboliger i år. Det er ønskelig å skille beboere i aktiv rus og de som er rusfrie. En av kommunene har nylig inngått avtale

med en veldedig organisasjon om drift av ettervernsbolig. Flere av de små kommunene sier de ikke har parat ettervern, men de finner midlertidige løsninger ved behov. Noen av kommunene sier de kjøper plasser i andre kommuner når de ikke selv finner løsninger internt. Flere forteller om slitne medarbeidere på grunn av manglende tilbud. Andre melder at de mangler kontinuitet i oppfølgingen av målgruppen. Det er ønskelig med et bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten, både når det gjelder veiledning, oppfølging, inn- og utskrivninger. Det er især ROP-pasientene som kommer dårlig ut. Aktiviteter er mangelvare hos de fleste kommunene.

Vi har forsøkt å ramse opp de ulike ettervernstilbudene som finnes i Salten. Listen er ikke utfyllende.

1. Arbeid/aktivitet

- NAV
- Kirkens bymisjon
- IPS/jobbspesialist
- Villa vekst
- Knaggen-arbeidstrening
- Lavterskel kafedrift
- SISO vekst
- Veval plast
- Vekstbedrifter
- MADS arbeidstrening
- Ungdomsteam NAV
- Frisklivssentraler
- Sammen – samarbeid med NAV
- Bodø industri
- Galvano/ TIA

2. Møteplasser/fritid

- Psykiatriske dagsenter
- Kafe (ulike åpningstider)
- «Kom ut»
- Kirkens bymisjon
- Frelsesarmeen
- Knaggen
- Via psykiatriske dagsenter
- Brukere av Villa vekst
- Hybelstua
- Bruktbutikk
- Kafedrift
- Kirkens bymisjon
- Frelsesarmeen

3. Samtale- og selvhjelpsgruppe

- Sorggrupper for voksne, ungdom og barn
- Samtalegrupper
- Veiledningsgrupper (f.eks. KID, ICDP og COS)
- Anonyme alkoholikere (AA)
- Anonyme narkomane (NA)

4. Pårørende

- Pårørendeprojekt
- Barn som pårørende kontakter

5. Lavterskeltilbud

- Psykiatriske dagsenter
- Psykiatrisk sykepleier
- Helsestasjon for ungdom
- Prinsen helsestasjon

6. bruker- og interesseorganisasjoner

- Mental helse
- Mental helse ungdom
- LPP
- Marborg
- RIO
- Anonyme Alkoholikere
- Anonyme Narkomane
- Leve

7. Juridisk og økonomisk hjelp

- NAV – økonomisk rådgivning
- Jusshjelpen
- Hjemmetjenestene

8. Hjelpetelefoner- og informasjonstiltak

- Kirkens SOS
- Anonyme alkoholikere, landsdekkende opplysningstelefon
- Hjelpelinjen for spillavhengige
- Rustelefonen
- Arbeidslivstelefonen

9. Helsehjelp

- Fastleger
- Rus/psykiatritjenester
- Hjemmetjeneste
- Helsesøstre
- Miljøtjeneste
- KAD

10. Habiliterings/rehabilitering og informasjon

- Habiliteringsteamet Salten DPS
- Psykoseteamet
- Reisetteamet DPS
- PIT DPS
- Autismeteamet
- Ambulant akutteam
- LAR
- Rusteamet
- Psykiatrisk sykepleier
- Oppfølgingstjeneste
- Rustjenester
- Valnesfjord helsesportsenter
- Nordtun
- Fossumkollektivet

Arbeidsgruppen fikk også i oppgave å sjekke ut i følgende:

1. Er det aktuelt for vår kommune å kjøpe etterverns plass i en av de andre kommunene?
2. Ønsker vi å være vertskommune for et slikt tilbud?

Svaret på disse spørsmålene var delt. Noen kunne tenke seg å kjøpe plasser av andre ved behov, men kunne ikke tenke seg å finansiere dette utenom behovene. Ingen uttrykte sterke ønsker om å drifte en eventuell etterverns-institusjon. Arbeidsgruppen landet på at det er i hjemmet våre brukere trenger hjelp, ikke på en institusjon i en annen kommune. Likevel kan det bli behov for en bemannet bolig for en kortere eller lengre periode.

7. FORSLAG TIL LØSNINGER PÅ UTFORDRINGENE

7.1 Opprettelse av nye nettverk

Vi ønsker å etablere 2 ulike nettverk: et ledernetverk og et fagnettverk. På spørsmål om det kunne være fornuftig med flere smånettverk var svaret unisont nei. Det er ønskelig med representanter fra alle kommunene i de 2 nettverkene. Hensikten med nettverkene er å møte «likesinnede» da flere

føler seg alene i forhold til somatikken. I fagnettverkene er det ønskelig å diskutere ulike utfordringer (veiledning/ coaching) i forhold til brukere.

Det ble stilt spørsmål om Røst og Værøy. Kan de inviteres inn? Ja, vi ønsker å tilby disse kommunene plass i nettverkene. Hva med brukerrepresentant? Det er ikke ønskelig med brukerrepresentant i fagnettverket med tanke på taushetsplikt og anonymisering av caser som blir tatt opp i nettverket. Hva med deltagelse fra DPSet? De vil være naturlig med i ledernettverket, men ikke i fagnettverket. Møteomfang? Fagnettverket ønsker å møtes 6 ganger i året, mens ledernettverket vil møte 2 ganger i året. Viktig at de legges på samme dag når ledernettverket skal møtes. Praktisk med tanke på at noen møter i begge nettverkene, og at det kan være ønskelig med noe felles. Nettverkene skal møtes i de ulike kommunene og vertskommunen vil ha ansvar for møteinnkallelse og referatskriving. Det vil også være mulig å avholde møtene via for eksempel SKYPE for business.

7.2 Interkommunalt ettervernsteam

Vi har, som tidligere nevnt, allerede mye ettervern på plass i de ulike kommunene, men alle ser en mangel: Intensiv oppfølging av spesielt «tunge» brukere som kommer hjem etter endt opphold i institusjon eller fengsel. Det er vanskelig å bemanne opp da behovet endres. Vi ønsker oss et interkommunalt team som kan jobbe i de ulike Salten-kommunene når behovet oppstår. Denne oppfølgingen må starte så tidlig som mulig (allerede under innleggelse i Spesialisthelsetjenesten/ fengsel). Prosjektgruppen har utredet mulighetene for et slikt team og vi ser for oss følgende:

Teamsammensetning: 4 tverrfaglige stillinger (helsepersonell, sosialfaglig og egenerfaring)

Varlighet på oppfølging: 2-3 uker etter utskrivelse fra institusjon/ løslatelse fra fengsel.

Arbeidsoppgaver:

- ✓ ACT-aktig oppfølging i hjemmet (ambulant, hverdagsmestring).
- ✓ Samhandling med spesialisthelsetjenesten, kommunene (bolig, hjemmetjeneste, tildelingskontor, fastlege m. m) og NAV.
- ✓ Veilede kommunens ansatte.

Inklusjonskriterier: Personer innen målgruppen som ikke blir godt ivaretatt i dag da de er for ressurskrevende (ønsker ikke fokus på diagnoser).

Eksklusjonskriterier: Personer som får et godt tilbud i dag.

Henvisningsinstans: Kommunene skal selv definere hvem som skal henvise til teamet.

Veiledning av teamet: Kommunepsykologene

Biler: Det må leases 2 biler, en til hvert team.

Markedsføring av teamet: Viktig at teamet blir markedsført overfor samarbeidspartnere og internt i kommunene.

Organisering: Prosjekt over 3 år med egen styringsgruppe og referansegruppe. Ønskelig med følgeforskning undervegs.

Evaluering: Prosjektet må (i tillegg til følgeforskning) evalueres midtveis og ved prosjektets slutt.

7.3 Etterverns plasser i døgnbemannet bolig

Ved de få tilfellene det ikke er nok med ettervernsteamet ønsker Bodø kommune og Kirkens bymisjon å tilby andre Salten-kommuner å kjøpe plasser i Junkerveien 49. Kirkens bymisjon drifter, på vegne av Bodø kommune, et ettervernstilbud som kalles Brua. Brua er et bemannet botilbud etter rusbehandling på institusjon eller opphold i fengsel.

8. FINANSIERING

8.1 Felles strategi for samarbeid og eierstyring

Ved styring av samarbeid og selskaper i Salten legger Saltenkommunene «Felles strategi for samarbeid og eierstyring» til grunn. I et av vedleggene til eierstrategien (vedlegg 3) beskrives forslag til finansieringsmodeller. De er delt inn i 4 ulike modeller:

Modell 1:

1. Likt grunnbeløp for alle deltagende kommuner
2. Øvrige kostnader fordelt etter innbyggertall

Modell 2:

Alle kostnader fordelt etter innbyggertall, men fordelt på intervallet med synkende beløp med økende innbyggertall som for eksempel:

- a. De første 5 000 innbyggerne, kr. 5 pr innbygger
- b. Fra innbygger 5000-10 000 kr. 4 pr innbygger
- c. Fra innbygger 10 000-20 000 kr 3 pr innbygger
- d. Fra innbygger over 20 000 kr 2 pr innbygger

Modell 3:

1. Likt grunnbeløp for alle deltagende kommuner
2. Kostnader til felles avtalte tjenester fordelt etter innbyggertall
3. Uttak av tjenester ut over «grunnpakken» betales til fulle av den enkelte kommune, inkludert overheadkostnader.

8.2 Ekstern finansiering

Det vil også være mulig å søke prosjektmidler fra Fylkesmannen. Eksempler på tilskuddsordninger kan være:

- Opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020
- Tilskudd til personer med sammensatte hjelpebehov
- Tilskudd til kommunalt rusfelt over statsbudsjettet
- Tilskudd til kompetansetiltak innen psykisk helse og rusarbeid

8.3 Kostnader

Arbeidsgruppen har stipulert de årlige kostnadene til driften av et ettervernsteam til ca. 4 millioner. Dette innebærer lønn til 4 stillinger, leasing av 2 biler, leie av kontor, telefon m.m.

9. KILDER

Helsedirektoratet

- IS-2017: Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten, 2014
- Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Veileder, 2015
- Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Høringsutkast, 2017
- Pakkeforløp utredning av psykiske lidelser hos voksne. Høringsutkast, 2017

Lovdata

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Psykisk helsevernloven
- Pasientrettighetsloven

«Felles strategi for samarbeid og eierstyring; for kommunene: Bodø, Fauske, Meløy, Saltdal, Steigen, Gildeskål, Sørfold, Hamarøy og Beiarn». Godkjent i Salten regionråd 2.6.2016. Ikrafttredelse 1.1 2017