

Arne Holm

Bolig- og oppfølgings- tjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte

En studie av fire kommuners oppfølging
av intensjonene i Opptrappingsplanen for
psykisk helse

BYGGFORSK

Norges byggforskningsinstitutt

Arne Holm

Bolig- og oppfølgings- tjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte

En studie av fire kommuners oppfølging
av intensjonene i Opptrappingsplanen for
psykisk helse

Prosjektrapport 398 – 2006

Prosjektrapport 398

Arne Holm

Bolig- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte

En studie av fire kommuners oppfølging av intensjonene i Opptrappingsplanen for psykisk helse

Emneord: FYLL UT

ISSN 0801-6461

ISBN 82-536-0904-3

!00 eks. trykt av

S.E. Thoresen as

Innmat: 100 g Kymultra

Omslag: 200 g Cyclus

© Copyright Norges byggforskningsinstitutt 2006

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverkslovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Norges byggforskningsinstitutt er enhver eksemplarframstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov eller tillatt gjennom avtale med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Utnyttelse i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Adr.: Forskningsveien 3 B
Postboks 123 Blindern
0314 OSLO

Tlf.: 22 96 55 55

Faks: 22 69 94 38 og 22 96 55 08

www.byggforsk.no

Innhold

Forord	5
Sammendrag	6
1.1. Målgruppe i prosjektet	12
1.2. Ulike organisasjonsmodeller	12
1.3. Mål og strategier innenfor psykiatriens område i forhold til bolig- og booppfølging ..	13
1.4. Problemer ved arbeidet for personer med psykisk sykdom	14
1.4.1. Hvem faller utenfor i dagens ordning?	15
1.4.2. Oversikt over problemene i kommunene	16
2. Grunnleggende prinsipper for fordeling av tjenester rettet mot psykisk syke	18
3. Om opptrappingsplanen for psykisk helse	20
3.1. Mål og hensikter	20
3.2. Tilskudd til psykisk helsevern under Opptrappingsplanen for psykisk helse	22
3.3. Prioriteringer innenfor midlene	22
3.4. Kommunal organisering av området psykisk helse under Opptrappingsplanen for psykisk helse	23
3.5. Opptrappingsplanen for psykisk helse, status 2003	23
4. Metoder innenfor området omsorg og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte	25
4.1. Samarbeid mellom kommunale etater i forhold til personer med psykiske vansker	25
4.2. Metodevalg i denne studien	25
4.3. Behovet for psykiatriske tjenester og levekår	26
5. Bolig og omsorgs- og oppfølgingstjenester for psykisk vanskeligstilte i Nedre Eiker kommune	28
Mål for omsorgs- og oppfølgingstjenestene i bosituasjonen	28
Behov for psykiatriske tjenester	28
Organisering av det psykiske helsearbeidet i Nedre Eiker kommune	29
Omsorgs- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte i Nedre Eiker	30
Boligtilbudet rettet mot personer med psykiske vansker i Nedre Eiker	31
Finansiering av bolig og booppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker i Nedre Eiker	32
Utfordringer innenfor arbeidet med omsorgs- og oppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker i Nedre Eiker	32
Oppsummerende merknader	33
6. Bolig og omsorgs- og oppfølgingstjenester for psykisk vanskeligstilte i Nesodden kommune	35
Mål for omsorgs- og oppfølgingstjenestene i bosituasjonen i Nesodden	35
Behov for psykiatriske tjenester	36
Organisering av det psykiske helsearbeidet i Nesodden kommune	36
Omsorgs- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte i Nesodden kommune	38
Boligtilbudet rettet mot personer med psykiske vansker i Nesodden kommune	39
Finansiering av bolig og booppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker i Nesodden kommune	40
Utfordringer innenfor arbeidet med omsorgs- og oppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker i Nesodden kommune	40
Oppsummerende merknader	42
7. Bolig og omsorgs- og oppfølgingstjenester for psykisk vanskeligstilte i Trondheim kommune	43

Mål for omsorgs- og oppfølgingstjenestene i bosituasjonen.....	43
Behov for psykiatriske tjenester	44
Organisering av det psykiske helsearbeidet i Trondheim kommune	45
Omsorgs- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte i Trondheim	46
Boligtilbudet rettet mot personer med psykiske vansker i Trondheim	47
Finansiering av bolig og booppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker i Trondheim	49
Utfordringer innenfor arbeidet med omsorgs- og oppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker i Trondheim.....	49
Oppsummerende merknader	50
8. Bolig og omsorgs- og oppfølgingstjenester for psykisk vanskeligstilte i Bergen kommune	51
Mål for omsorgs- og oppfølgingstjenestene i bosituasjonen.....	51
Behov for bolig tjenester blant personer med psykiske vansker	52
Organisering av det psykiske helsearbeidet i Bergen kommune.....	53
Omsorgs- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte i Bergen.....	55
Boligtilbudet rettet mot personer med psykiske vansker i Bergen.....	57
Finansiering av bolig og booppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker i Bergen kommune	59
Utfordringer innenfor arbeidet med omsorgs- og oppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker i Bergen.....	60
Oppsummerende merknader	62
9. Oppsummering og konklusjoner	63
Litteratur.....	69

Forord

Opptrappingsplanen for psykiatri innebærer et stort ansvar for kommunene når det gjelder å følge opp personer med psykiske vansker lokalt. I denne rapporten ser vi nærmere på hvilke føringer som ligger i Opptrappingsplanen i forhold til bolig og booppfølging og kommunenes iverksetting av dette: nærmere bestemt iverksetting av Opptrappingsplanens intensjoner i forhold til bolig og oppfølgingstjenester i bosituasjonen i fire utvalgte kommuner, Nedre Eiker, Nesodden, Trondheim og Bergen.

Rapporten er skrevet på oppdrag fra Mental Helse, Norge som har satt et viktig fokus på disse problemstillingene. Prosjektet er finansiert av Helse og Rehabilitering som skal ha stor takk for at de gjorde prosjektet økonomisk gjennomførbart.

En sentral og viktig samtalepartner i prosjektet, som har vært med helt fra ideskaping til endelig rapport har vært forsker Siri Nørve, Norges Byggforskningsinstitutt. Siri Nørve har også vært kvalitetssikrer for rapporten.

En stor takk også for all velvilje fra personer i de fire kommunene Nedre Eiker, Nesodden, Trondheim og Bergen i forbindelse med intervjuer og datainnsamling. En spesiell takk til spesialrådgiver Audun Pedersen, Bergen kommune, for mange kreative og interessante samtaler.

Arbeidet har vært utført av forsker Arne Holm, SINTEF/Norges Byggforskningsinstitutt.

SINTEF/Norges Byggforskningsinstitutt

15.januar 2006

Berit Nordahl
Forskningsjef

Arne Holm
Prosjektleder

Sammendrag

Innenfor området psykisk helsearbeid og oppfølging er den største reformen på lang tid knyttet til den såkalte Opptappingsplanen for psykisk helse. En av intensjonene er å knytte hovedfokuset innenfor psykiatrien til mer åpne behandlingsformer også utenfor institusjonene.

En av intensjonene i Opptappingsplanen for psykiatri var at personer med psykiske vansker i størst mulig grad skulle integreres i samfunnet for øvrig og gis muligheter for et så normalt liv som mulig. Målet var størst mulig selvhjelpenhet.

Ansvar for å etablere gode løsninger for personer med psykiske vansker ligger med Opptappingsplanen i stor grad på kommunene. Kommunenes arbeid er igjen muliggjort økonomisk med midler via Opptappingsplanen. I denne rapporten ser vi på kommunenes iverksetting av intensjonene om bosetting av personer med psykiske vansker utenfor institusjon. Nærmere bestemt ser vi på kommunenes arbeid i forhold til bolig- og booppfølgingstjenester når Opptappingsplanen nå snart går mot sin avslutning i 2008.

Problemstillinger

Denne rapporten drøfter kommunenes arbeid i forhold til bosetting og booppfølging av personer med psykiske vansker, med utgangspunkt i fire casekommuner, Nedre Eiker, Nesodden, Trondheim og Bergen. Dette organiseres rundt følgende hovedproblemstillinger:

- Hvilke mål eller ambisjoner har de satt seg i forhold til intensjonene i Opptappingsplanen for psykiatri, knyttet til bosetting og booppfølging av personer med psykiske vansker?
- Hvordan har de utvalgte kommunene valgt å organisere dette arbeidet?
- Hvilke bolig- og booppfølgingstjenester er etablert i denne sammenhengen?
- I hvilken grad og på hvilken måte knyttes arbeidet med bosetting og booppfølging opp mot andre aktiviteter innenfor området psykisk helsearbeid og oppfølging i kommunene?
- Hvordan er bolig- og booppfølgingsarbeidet finansiert? Med andre ord i hvilken grad og på hvilken måte knyttes arbeidet opp mot midler fra Opptappingsplanen?
- Hvilke utfordringer ser kommunene selv i forhold til å realisere intensjonene i Opptappingsplanen for psykiatri i forhold til bolig- og booppfølgingsarbeidet?

Oppsummerende om bolig- og booppfølgingstjenester i Nedre Eiker kommune

Nedre Eiker har etter Opptappingsplanen tatt sitt ansvar for det psykiske helsevernet i kommunen på alvor. Det har vært en stor politisk vilje til å prioritere det psykiatriske helsearbeidet i kommunen, også på boligsiden. Kommune har satt seg fore prioritinger på området og ser selvstendighet, integrering og normalitet som sentrale mål for arbeidet. For å

lette arbeidet med å legge til rette for tilstrekkelige og tilpassede tjenester har kommunen blant annet gjort en kartlegging av antallet i kommunen som er brukere av boligtenestene.

For å håndtere det økte ansvaret for personer med psykiske vansker har Nedre Eiker både en egen avdeling under Helseavdelingen, samtidig som psykiatri er integrert innenfor ulike tjenesteområder i kommunen.

For å få sitt eget bolig- og booppfølgingsarbeid til å fungere mer effektivt er kommunen imidlertid veldig interessert i å samarbeide med andrelinjetjenesten. Enn så lenge har dette ikke fungert slik kommunen ser det hensiktsmessig. Et problem har blant annet vært til dels manglende meldinger fra andrelinjetjenestens side om utskrivninger. Dette har gjort det vanskelig for kommunen forberede seg tilstrekkelig for eksempel ved utskrivninger. Særlig gjelder dette i tilfeller hvor det både skal skaffes bolig og organiseres et tjenesteapparat som skal følge opp.

Kombinert med en opplevelse av at reformen har blitt iverksatt for fort i forhold til hva kommunen har fått forberedt seg på, fremkommer et uttalt behov for kompetanseoppbygging på områdene psykisk helsevern og rehabilitering. Dette gjelder også i forhold til personer med kombinasjonsvansker psykiatri og rus samt psykiatri blant innvandrere. Dette er to områder hvor kommunen ser mulige økende utfordringer fremover.

Tiltak som er iverksatt på området bolig og booppfølging er nesten i sin helhet finansiert via Opptrappingsplanen. Kommunen bidrar med en egenandel på 10 prosent. Når Opptrappingsplanen løper ut ved utgangen av 2007 vil sluttbeløpet for kostnader knyttet til bolig og booppfølgingsarbeidet etter kommunens forventning bli overført til kommunen via rammetilskudd. Det er derfor ingen frykt i kommunen for at den store satsingen kommunen nå gjør på dette området skal bli redusert ved utløpet av Opptrappingsplanperioden.

Enn så lenge ser det ut til at Nedre Eiker klarer å håndtere sine utfordringer ved hjelp av de tjenestene de har bygd opp. Kommunen satser både på omsorgsboliger og oppfølging på dagtid. Fremover vil situasjonen innenfor bolig og booppfølging for personer med psykiske vansker avhenge av i hvilken grad en kommer til å se en bedring av dialogen med andrelinjetjenesten samt utviklingen i problemene kommunen utfordres av.

Oppsummerende om bolig- og booppfølgings tjenester i Nesodden kommune

Nesodden kommune er i en litt spesiell situasjon. Kommunen er både svært sentral og tett på Oslo, men allikevel langt fra den fylkessentrale andrelinjetjenesten. Kommunen opplever derfor en kombinasjon av tunge sammensatte vansker og samtidig at de i stor grad må stå helt på egne ben i oppfølgingen av tungt psykisk vanskeligstilte. Dette er en stor utfordring for kommunen.

Slik dette kommer til uttrykk i målsettinger og arbeid tar Nesodden kommune utfordringene i Opptrappingsplanen på alvor. De er tydelige på målet om å søke en tilfredsstillende bolig med tilstrekkelig bistand for personer med psykiske vansker. Kommunen har valgt å integrere arbeidet med oppfølging i de ulike delene av organisasjonen og i mindre grad etablere noen særorganisasjon for denne gruppen.

Selv om kommunen har etablert flere boligprosjekter for personer med psykiske vansker og arbeider seriøst og systematisk i forhold til booppfølging, opplever de at de ikke har klart å

bygge seg opp lokalt like fort som tjenesteapparatet sentralt har blitt nedbygget. Dette handler både om penger, men også om ressurser i form av personell og kompetanse. Kommunen mangler både boliger og kompetente og forsvarlige oppfølgingstjenester. En opplever i kommunen at behovet for bolig tjenester blir større, samtidig som kommunens økonomi ikke er dimensjonert i forhold til nedbyggingen sentralt.

For å kunne videreføre arbeidet kommunen er i gang med, er en helt avhengig av at rammebevilgningene til kommunen etter Opptrappingsplanens slutt, tar høyde for utgifter til drift og videre utbygging av bolig- og booppfølgingstjenestene.

Oppsummerende om bolig- og booppfølgingstjenester i Trondheim kommune

Trondheim kommune var tidlig ute for å følge opp Opptrappingsplanens intensjoner i sine egne psykiatriplaner. Kommunen er nå ved slutten av sin andre planperiode etter Opptrappingsplanens iverksetting. Der blir det lagt stor vekt på desentralisering og styrking av tjenestetilbudet for personer med psykiske vansker. Så langt har kommunen også i stor grad klart å realisere sine mål og intensjoner i konkrete tiltak.

Bolig- og booppfølgingstjenestene er utbygget. En har prioritert individuelt tilpasset boliger basert på brukermedvirkning og selvhjulpenhet. En har ønsket å spille på lag med brukerne både i tjenesteutforming og ved valg av boligløsninger. Kommunen har i dette i stor grad prioritert samlokaliserte boliger, fremfor bofellesskap. En har ønsket å gi den enkelte en egen bolig, fremfor fellesløsninger.

For å supplere booppfølgingen har en også prioritert dagtilbudet, tilpasset den enkeltes behov og ønsker. Alt fra skogsarbeid til mindre fysisk krevende aktiviteter har vært satt i gang. Dette virker også rehabiliterende.

I dette arbeidet har kommunen valgt ikke å organisere psykiatritjenesten som en egen særomsorg i egentlig forstand, samtidig som booppfølgingen fungerer som en egen tjeneste.

For å kunne videreføre arbeidet håper kommunen på at midlene fra Opptrappingsplanen videreføres i de ordinære overføringene til kommunen fra staten fra 2009.

Oppsummerende om bolig- og booppfølgingstjenester i Bergen kommune

Bergen kommune har i over 10 år arbeidet målbevisst i forhold til å bosette, rehabiliter og følge opp personer med psykiske vansker i en bosituasjon. Med utgangspunkt i den såkalte "Recovery filosofien" har kommunen søkt individuell rehabilitering gjennom blant annet å bygge opp relasjoner mellom hjelpere og bruker for personer med psykiske vansker som er bosatt i ulike boløsninger. Verdier som trygghet, frihet og tilgang til fellesskapet i umiddelbar nærhet har vært fundamentalt.

Særlig har Bergen kommune funnet at bofellesskapsmodellen, enten med heldøgns- eller dagtidstjenester, har vært egnet for å ivareta disse verdiene. Ved å etablere både arenaer for samhandling som gir mulighet for sosialt samvær og sosial rehabilitering som for eksempel felles kjøkken eller stue, samt et fast oppfølgingsteam som følger opp de enkelte, formidles verdiene om trygghet, frihet og tilgang til et fellesskap. Dette har vist seg å gi svært gode resultater.

Mye arbeid nedlegges når det gjelder sammensetningen av beboere og rammene for boforholdet. Personer med alvorlige avvik i forhold til rus eller personlighetsforstyrrelser passer i mindre grad inn i rene bofellesskap.

Arbeidet med bolig- og booppfølgingstjenester er desentralisert og fordelt på 8 geografiske enheter. Disse organiserer og følger opp miljøarbeidet med videre. Sentralt i det rehabiliterende arbeidet i Bergen er å ikke se bolig isolert fra andre sider av et normalt sosialt liv. Tilbudet og oppfølgingen i forhold til ulike dag- og sysselsettingstilbud er derfor et prioritert område i Bergen.

Kommunen søker imidlertid samarbeid med de distriktpspsykiatriske sentrene. Samtlige leietakere i de ulike botilbudene har en behandler i DPS'ets rehabiliteringspoliklinikk. Også personalet i botilbudene veiledes herfra. Dette virker både kompetanseoppbyggende i forhold til den enkelte bruker, samtidig som det forebygger kriser. I tilfelle kriser normaliseres også en innleggelse i sykehus.

Personalet i bofellesskapene får en nøkkelrolle i booppfølgingen og rehabiliteringen. Dette gjelder både i forhold til å bidra til å tilrettelegge for kollektive aktiviteter og følge opp enkeltindividet. Konseptet varierer imidlertid noe mellom de rundt 26 ulike tilrettelagte boligprosjektene Bergen kommune har bygget opp for personer med psykiske vansker.

Tiltakene er i sin helhet finansiert av Opptrappingsplanen. Det er derfor helt grunnleggende at midlene tildeles på en planlagt og forutsigbar måte. Enn så lenge har det vært litt mye usikkerhet rundt dette. Dette har nå bedret seg og en håper i Bergen å kunne videreføre arbeidet etter 2008 med midler fordelt via rammetilskuddet.

Avsluttende kommentar

Så langt vi kan tolke funnene i denne rapporten følger kommunene tett opp intensjonene i Opptrappingsplanen i sine plandokumenter og målformuleringer. Hoveddimensjonene i Opptrappingsplanen, nemlig bosetting av personer fra psykiatriske institusjoner i trygge bosituasjoner, basert på brukerrettede tiltak og styrking av det rehabiliterende og forebyggende arbeidet er sentrale for alle kommunene.

Valg og strategier i forhold til boalternativer varierer imidlertid noe. Trondheim prioriterer samlokaliserte, men selvstendige boliger, mens Bergen har positive erfaringer med bofellesskap. Felles er imidlertid at booppfølgingen må være tett, særlig for de vanskeligst stilte. Etablering av faste team som arbeider i forhold til et bofellesskap har vist seg å ha svært gode resultater i Bergen. Beboere og hjelpere blir kjent og trygge på hverandre.

En annen hovederfaring er viktigheten av supplerende tjenester og oppfølging utenfor boligen. Ulike aktivitets- og sysselsettingstiltak blir prioritert i alle kommunene. I Bergen har en åpnet for slike aktiviseringstiltak også innenfor rammene av bofellesskapene. Ved å legge til rette for fellesaktiviteter som matlaging, spising, etc, kan den enkelte trenes opp i sosial trygghet og beherskelse. Dette virker igjen tilbake på trivsel og funksjonsevne i bosituasjonen spesielt og livssituasjonen generelt.

Disse fortjenester til tross, det har også vært en stor utfordring for kommunene å overta et så vidt stort og komplekst ansvar på kort tid. Dette gjelder særlig for de to mellomstore kommunene. Disse har ikke sett seg i stand til å bygge ut tjenesteapparatet lokalt like hurtig

som det bygges ned sentralt. Dette er ikke alene et økonomisk spørsmål, men et spørsmål om kompetanseoppbygging og kvalifisert personell.

I denne sammenhengen etterlyses en bedre dialog med andrelinjetjenesten. Dette går både på dialog knyttet til enkeltpasienter, som varsling ved utskrivelse etc., men også i forhold til veiledning og kompetanseoppbygging i kommunene generelt. God kontakt mellom kommune og andrelinjetjenesten kan være en forutsetning for kompetanseoppbygging lokalt. Det har også sin fortjeneste i forhold til rehabilitering og forebygging av akutte kriser og er et felt som vil være en utfordring også i den nærmeste fremtid.

Tiltakene som drøftes i denne rapporten er i hovedsak finansiert via Opptrappingsplanen. Nå når denne går mot en slutt, er det et håp og ønske blant kommunene i studien at midlene videreformidles til tiltakene via den rammeoverføringene til kommunene og igjen på kommunalt nivå at det fortsatt vil være en politisk prioritering av psykiatri. Dette kan vise seg helt sentralt for at de gode erfaringene kommunene har gjort seg så langt i arbeidet kan fortsette og videreutvikles til beste for både brukere og hjelpere.

1. Problemstillinger og målgrupper i prosjektet

Å ha psykiske vansker er i dag verken noe ualminnelig eller befengt med den mystikk og hemmeligholdelse dette en gang var omspunnet av. Heldigvis har vi kommet lengre både i form av behandling og terapi og ikke minst åpenhet rundt personer med psykiske vansker. Oppfølgingen er ikke lengre bare knyttet til medisiner og institusjoner, og mennesker med psykiske vansker slipper å måtte tilbringe lang tid i institusjon. Innenfor Opptappingsplanen for psykiatri har nettopp noe av hovedfokuset vært knyttet til mer åpne behandlingsformer også utenfor institusjon.

For mange kan imidlertid livet utenfor institusjon være truende og vanskelig, i allefall i perioder. I tråd med intensjonene i Opptappingsplanen for psykiatri skal personer med psykiske vansker i størst mulig grad integreres i samfunnet for øvrig og gis mulighet for et så normalt liv som mulig. Målet er størst mulig grad av selvhjulpenhet. Da er det viktig at det eksisterer oppfølgingstjenester i kommunene som gjør tilværelsen sikrere og tryggere for de det gjelder.

Hovedfokuset i dette prosjektet vil være de kommunale bolig- og oppfølgingstjenestene for personer med psykiske vansker som er vanskeligstilte i boligsituasjonen.

Vi vil først gå igjennom Opptappingsplanen for psykisk helse for å se hvilke mål som settes for det arbeidet kommunene skal utrette i forhold til bosetting og booppfølging av personer med psykiske vansker?

Deretter er hovedproblemstillingen hvordan dette er fulgt opp i kommunene. Her vil vi rette søkelyset mot 4 utvalgte kommuner og spørre:

- Hvilke mål eller ambisjoner har de satt seg i forhold til intensjonene i Opptappingsplanen for psykiatri, knyttet til bosetting og booppfølging av personer med psykiske vansker?
 - Hvordan har de utvalgte kommunene valgt å organisere dette arbeidet?
 - Hvilke bolig- og booppfølgingstjenester er etablert i denne sammenhengen?
 - I hvilken grad og på hvilken måte knyttes arbeidet med bosetting og booppfølging opp mot andre aktiviteter innenfor området psykisk helsearbeid og oppfølging i kommunene?
 - Hvordan er bolig- og booppfølgingsarbeidet finansiert? Med andre ord i hvilken grad og på hvilken måte knyttes arbeidet opp mot midler fra Opptappingsplanen?
- Og sist men ikke minst:
- Hvilke utfordringer ser kommunene selv i forhold til å realisere intensjonene i Opptappingsplanen for psykiatri i forhold til bolig- og booppfølgingsarbeidet?

I denne rapporten er disse problemstillingene belyst ved hjelp av casestudier i kommunene Nedre Eiker, Nesodden, Trondheim og Bergen.

1.1. Målgruppe i prosjektet

I prosjektet vil vi først og fremst rette oppmerksomheten mot voksne personer med psykiske vansker med behov for oppfølging i forhold til å erverve en bolig og mestre selve bosituasjonen.

I mange tilfeller vil psykiske vansker gå sammen med andre vansker. Blant annet er det nærliggende å anta at mange personer i tillegg til å ha psykiatriske vansker, også vil kunne ha vansker i forhold til rus. Dette vil kunne ha betydning for de omsorgs- og oppfølgingstjenestene denne gruppen vil måtte ha i forhold til bolig.

Personer med psykiske vansker vil imidlertid ikke være så lett å avgrense. I denne rapporten vil vi ikke gå inn i noen definisjon av psykiske vansker. Heller vil vi avgrense gruppen med utgangspunkt i tjenestetilbudet rettet mot personer med psykiske vansker. Dette innebærer at det ikke blir den psykiatriske diagnosen i seg selv som blir tema, men de omsorgs- og oppfølgingstjenester kommunene har utviklet i forhold til å følge opp denne gruppen. Dette blir en form for negativ avgrensning av gruppen ut fra tjenestetilbudet. Fokus er på det tjenesteapparatet kommunene har utviklet i forhold til denne gruppen.

1.2. Ulike organisasjonsmodeller

Kommunene kan velge ulike strategier i sitt arbeid med bolig- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for personer med psykiske vansker. I denne rapporten vil vi i særlig grad ta for oss i hvilken grad tjenestene er integrert i eller organisert separat fra de øvrige bolig- og oppfølgingstjenestene kommunene har ansvaret for. Spørsmålet er med andre ord i hvilken grad kommunene har en generelt basert oppfølgingstjeneste eller alternativt om kommunene har en spesiell oppfølgingstjeneste der oppfølgingen i bosituasjonen settes i verk separat for ulike grupper vanskeligstilte, herunder psykisk vanskeligstilte. Vi vil også være opptatt av organiseringen av tjenesteapparatet i forhold til personer med psykiske vansker som befinner seg i en tilnærmet selvstendig bosituasjon.

Kommunene står i utgangspunktet ganske fritt til å velge tilknytningsform og organisasjonsform for den psykiatriske oppfølgingen. En forutsetning fra statens side er imidlertid at de ikke etablerer særomsorger med vanntette skott mot de andre tjenestene. Et alternativ som er fulgt av noen kommuner er å etablere egne enheter, som er ment å skulle fungere som en kompetansebase for psykiatrisk helsevern og oppfølging. En forutsetning da er at det er åpne linjer til de andre tjenestene i kommunene slik at ikke psykiatrien blir en særomsorg. Alternativt kan det etableres psykiatrisk kompetanse innenfor ulike kommunale tjenestesektorer.

Ideelt sett har en innenfor Opptappingsplanen for psykiatri sett for seg at kommunene skulle velge en integrert løsning, der elementer av psykiatrisk helsevern ligger innebygd i kommunenes helse- og sosialtjenestemråder og at en særomsorg skulle stå i et motsetningsforhold til dette. Det kan imidlertid hevdes at det prinsipielt ikke er noen

vesensforskjell i de to organisasjonsformene i forhold til å tilføre det psykiske helsevernet kunnskap innenfor det psykiatriske fagområdet. Dette kommer vi i noen grad tilbake til.

1.3. Mål og strategier innenfor psykiatriens område i forhold til bolig- og booppfølging

I St.meld.nr. 25 (1996-97) ”Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene”, heter det at løsningen i forhold til personer med psykiatriske vansker er å benytte flere innfallsvinkler samtidig. Dette er grunnlaget for at moderne psykiatrisk behandling legger vekt på å kombinere både medisiner, psykoterapi og sosiale tiltak. En forsøker derfor blant annet å tilstrebe og ta hånd om pasienten i lokalsamfunnet, der hvor han eller hun lever og gi flest mulig behandlingstilbud i nærheten av der folk bor (St.meld.nr. 25 1996-97; side 6). Utbygging av bo-, omsorgs- og aktiviseringstilbudet skal derfor finne sted lokalt (St.meld.nr. 25 1996-97; side7).

St.meld.nr. 25 (1996-97) konkluderer med at det innenfor psykiatrien er behov for forbedringer. Dette gjelder både i forhold til å påvirke holdninger til psykiske lidelser i retning av å likestille psykiske vansker med somatiske vansker og i forhold til å utfylle kunnskaper om psykiske lidelser, deres årsaker og behandlingsformer. Videre poengteres det at behandlingsformene må styrkes. De oppfattes ikke å være gode nok og ikke omfattende nok. Dette er noe av grunnen til at mange må avvises eller vente (St.meld.nr. 25 1996-97; side 9). I dette ligger en erkjennelse av at kapasiteten i tilbudene for pasienter med psykiske lidelser er for liten. Dette handler blant annet om at tjenestene i mange kommuner er for dårlig utbygd (St.meld.nr. 25 1996-97; side 10). Det er for få behandlingsplasser i sikkerhetsavdelinger og psykiatriske sykehus. Det er også for høye terskler for pasienter og for vanskelig å slippe til samt at det oppleves å være for dårlig oppfølging etter utskrivelse fra sykehus. Dette siste angår blant annet hvilken omsorg og oppfølging psykisk vanskeligstilte får både i forhold til å skaffe seg en bolig og i forhold til å mestre selve bosituasjonen.

Slik dette kommer til uttrykk i St.meld.nr. 25 (1996-97) er det behov for kraftigere og tydeligere virkemidler enn de som så langt har vært satt inn. Det heter blant annet det ”*må stilles høyere krav til de instanser som er ansvarlige for tjenestene og til de som utfører dem – både i kommuner og fylkeskommuner – og det må stilles høyere krav til samordning mellom ulike nivåer og tjenester.*” (St.meld.nr. 25 1996-97; side 10). Denne anbefalingen kan leses både i forhold til behandlingstiltak i for eksempel institusjon og i forhold til oppfølgingen etter endt behandling.

I St.meld.nr 25 (1996-97) tas det til orde for at økonomiske virkemidler må utnyttes sterkere (side 10) og at det må stilles klarere krav til kvaliteten i tjenestene. Det må få konsekvenser om viktige kvalitetsnormer ikke etterleves. Så vel strukturen som personellens arbeidsmåte må angripes, (St.meld.nr.25 1996-97; side 10).

Det har ved tidligere behandlinger i Stortinget i forbindelse med St.meld.nr. 50 (1993-94) om ”*Samarbeid og styring – mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*” samt Inst. S. nr. 165 (1994-95) vært tilslutning til prinsippet om at behandlingskapasiteten i psykisk helsevern burde styrkes og at tilbudene i kommunene må bygges ut. Dette har siden vært fulgt opp av øremerkede tilskudd til kommunene og fylkeskommunene i statsbudsjettene for 1995, 1996 og 1997.

I Inst.S.nr. 165 (1994-95) påpeker Stortingets sosialkomiteen at psykiske lidelser er prioritert for lavt både i kommuner og i fylkeskommuner. Forslaget er derfor at problemer og løsninger legges frem for Stortinget som en egen sak. Det var også i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 1996 Stortinget fattet et vedtak om at ”*Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om en nasjonal handlingsplan for psykisk helsevern, eventuelt som en del av den bebudede Stortingsmeldinga om psykisk helsevern*” jfr Budsjett-innst.s. nr. 11 (1995-96), (St.meld.nr 25 1996-97; side 12). Med St.meld.nr. 25 1996-97 ønsket derfor departementet å legge frem en helhetlig politikk som tar for seg alle sider ved tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser. Meldingen behandler alle sider av tjenestetilbudet. Dette inkluderer både behandling, rehabilitering, pleie og omsorg og det legges frem ulike forslag til tiltak.

Institusjonstilbudet utgjør bare en mindre del av tjenestetilbudet for de som har langvarige lidelser og som er avhengig av hjelp over lengre tid. Institusjon skal for denne gruppen være et midlertidig tilbud, og er ikke ment å være permanent. Oppholdet i institusjon skal skjerme den enkelte en periode, og gi hjelp til at rett diagnose kan stilles, problemene kartlegges og en eventuelt kan starte behandlingen og rehabiliteringen. Denne siste er en prosess om må følges opp også etter at den enkelte er utskrevet fra institusjon. Det er her oppfølging i hjemmesituasjonen blir viktig. I St.meld.nr. 25 (1996-97) gis det uttrykk for at institusjonsopphold i større grad må ses som del av en mer omfattende prosess med mange ulike tilbud som strekker seg over tid, (St.meld.nr. 25 1996-97; side 12). Bolig- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte må ses i en slik sammenheng. Dette er ikke tiltak som står løsrevet fra det tilbudet som gis innenfor de mer etablerte institusjonsformene eller behandlingssystemene, men må ses som en videreføring og oppfølging av den behandling institusjonene legger grunnlaget for. Kommunene har her et basisansvar for at pasienter med alvorlige psykiske vansker får oppfølging. Mange vil i en oppfølgingssituasjon etter institusjon ha behov for en lang rekke tjenester, ikke alene tjenester knyttet til oppfølging av helsesituasjonen. Dette kan være hjelp til å skaffe bolig, oppfølging i hjemmet, støttekontakt til å mestre det sosiale og følge opp ulike praktiske ting, arbeidsoppfølging, fritid med videre. Målet slik dette er formulert i St.meld.nr 25 (1996-97) må være å tilby tjenester som er tilpasset brukernes behov (side 13). Her vil Regjeringen satse på en rekke virkemidler, blant annet økonomiske som skal oppmuntre kommuner og fylkeskommuner til å bygge ut og drive gode og effektive tjenester.

1.4. Problemer ved arbeidet for personer med psykisk sykdom

St.meld.nr 25 (1996-97) tar opp en rekke vansker med arbeidet med personer med psykisk sykdom og det hevdes at behandlingsskjeden brister i alle ledd. Dette omfatter det forebyggende arbeidet som anses som for svakt, kommunene har for få tilbud, tilgjengelighet til spesialisttjenester for dårlig, opphold i institusjon ofte for kortvarige, utskrivning dårlig planlagt og sist men ikke minst, ikke god nok oppfølging utenfor institusjon. Dette siste går rett inn i omsorgen og oppfølgingen blant annet i bosituasjonen. På den ene siden får ikke pasientene den hjelpen de skal ha og på den andre siden føler ikke personalet at de får gjort en god nok jobb.

Levekårsstudier har vist at personer med psykiske vansker er blant de som har de dårligste levekårene og som mottar det svakeste tilbudet fra kommunene. De har dårligere økonomi og vansker med å skaffe seg bolig, arbeid og venner. Sosial isolasjon blant psykisk vanskeligstilte er et stort problem. Det er derfor et behov for både omsorg og oppfølging av

denne gruppen for at vi skal kunne si at de får del av det normale samfunnet og får leve mest mulig normalt. Dette er en helt grunnleggende forutsetning for gode levekår og livskvalitet.

Spørsmålet er imidlertid i hvilken grad kommunene og fylkene har muligheter for å gi denne gruppen de omsorgs- og oppfølgingstjenester de har behov for?

Som ledd i oppfølgingen utenfor institusjon foreslås det i St.meld.nr 25 (1996-97) å videreføre statlige tilskuddsordninger for utbygging av omsorgsboliger. Men omsorgsboliger er bare en del av et større hele i forhold til bolig- og oppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker. Og det er her viktig å se både omsorg, oppfølging, bolig og tjenester i sammenheng. I St.meld.nr. 25 (1996-97) heter det da også at en ønsker å videreføre og øke øremerkede tilskudd til kommunene til tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Samtidig heter det at pasienter med psykiske lidelser kan trenge både boform for heldøgns omsorg og pleie (sykehjem) og bistand i bolig. Samtidig er en klar over den akutte mangelen på personale innenfor psykiatrien.

1.4.1. Hvem faller utenfor i dagens ordning?

Psykiske vansker kan gi seg mange utslag. Noen er avhengig av omfattende hjelp over lengre tid, mens andre lærer seg å leve med situasjonen på kortere tid. Dette vil ha konsekvenser for hvilken oppfølging den enkelte vil ha behov for i en bosituasjon. Flere grupper vil kunne falle utenfor den psykiatriske helsetjenestens tilbud og også omsorgs- og oppfølgingstjenester i forbindelse med bosituasjonen. Dette vil blant annet være de som:

- Ikke er i stand til å søke hjelp, eller som aktivt motsetter seg dette.
- Trenger hjelp fra flere instanser.
- Befinner seg midt mellom somatiske og psykiatriske vansker eller mellom helsetjenester og sosialtjenester

(Jamfør St.meld.nr 25 1996-97, side 18)

Som oftest vil somatiske og psykiatriske vansker være to sider av samme problem. Dette prosjektet vil i særlig grad rette seg mot bosituasjonen, der mennesker må antas i allefall foreløpig ferdigbehandlet for akutte vansker. Den sammensatte situasjonen for de psykiatriske pasientene innebærer at også behovet for tjenester i booppfølgingen vil være svært variert. Alt avhengig av situasjonen og problemet vil den enkelte ha behov for oppfølging og omsorg fra ulike deler av tjenesteapparatet. Dette forutsetter langt på vei også organisatorisk samarbeid på tjenestenivå i kommunene.

De fleste med lettere psykiske lidelser som befinner seg i en hjemmesituasjon, kan antas å behandles og støttes innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten. Også helsestasjoner, skolehelsetjenester, barnevernet, de hjemmebaserte omsorgstjenester, sosialkontorene, allmennlegene eller andre vil kunne være relevante parter i ulike tilfeller. I en oppfølgingssituasjon vil disse i ulik grad samarbeide i omsorgsarbeidet. For de med alvorligere psykiske vansker vil institusjon eller henvisning til poliklinikk være mer aktuelt.

For mange pasienter med psykiske lidelser er det behov for et sammenhengende behandlings- og oppfølgingsnettverk knyttet til ulike kommunale tjenesteområder. Dette inkluderer også andre tjenester enn de som knytter seg til rene helsetjenester. For mange kan det, som det heter i St.meld.nr. 25 (1996-97), (side 21), være vel så viktig med tilpassede boliger,

tilpassede hjemmetjenester, tilrettelagte arbeidsplasser, hjelp til aktivisering, fritidsaktiviteter og kulturtilbud, som psykiatrisk behandling. Som det heter videre, samme sted, så må behandlingsapparatet stå for stabilitet og sammenheng når tilstanden er preget av mangfold, ustabilitet og svingninger.

Slik dette fremgår av St.meld.nr 25 (1996-97) er det et stort problem at mange ikke får utnyttet behandlingsnettverkene. Pasienter med psykiske lidelser trenger, mer enn andre pasientgrupper, et sammenhengende behandlingsnettverk i helsetjenesten (St.meld.nr 25 1996-97, side 21).

1.4.2. Oversikt over problemene i kommunene

For å kunne gi mennesker med psykiske lidelser et fullverdig omsorgs- og oppfølgingstilbud er det viktig at de kommunale myndighetene skaffer seg en oversikt over befolkningens behov på den ene siden og hvilke tjenester som finnes på den andre siden. Ingen av disse oversiktene kan være lette å få. Vanskeligst er det kanskje å få oversikt over befolkningens behov. Det eksisterer ikke noe sentralt register over personer med psykiske lidelser. Det er heller ingen studier gjort, som kan vise hvilken vei utviklingen går. I forhold til behovet er en derfor på det meste avhengig av den informasjon som til kommer via henvendelser.

Det er imidlertid rimelig å anta at det her eksisterer et skjult behov. Blant annet kan en anta at et antall personer med psykiske vansker vil velge ikke å ta kontakt med lege. Andre vil nekte å la seg behandle. Atter andre klarer seg uten oppfølging, men ville hatt nytte av det. Det er antatt at nevrotiske lidelser, særlig angst og depresjon, øker, uten at dette er dokumentert (St.meld.nr. 25 1996-97). Det samme gjelder for atferdsproblemer, spiseforstyrrelser og symptomer på mistilpassning. De alvorligste sinnslidelsene er imidlertid ikke antatt å øke. Hvilke behov for bolig- og eller oppfølgingstjenester som følger disse endringer i behov er vanskelig å anslå.

Mangelen på oversikt over behovet for bolig- og oppfølgingstjenester innebærer at kommunene mangler sentral styringsinformasjon på området i forhold til å tilpasse tjenestestrukturen.

Kapasitetssituasjonen

Innenfor psykiatrisk diagnostisering og behandling er kapasiteten mange steder ikke tilstrekkelig. Dette er ikke først og fremst et spørsmål om plasser, men også om organisering og å bruke plasser og personell slik de var tiltenkt (St.meld.nr. 25 1996-97, side 22). Et interessant spørsmål er i hvilken grad Opptappingsplanen for psykiatri har bidratt til å bedre kapasitetssituasjonen i kommunene. I forhold til den nedbyggingen av psykiatriske institusjonsplasser som Opptappingsplanen bygde på, er utfordringene og arbeidet i stor grad lagt på den enkelte kommune.

I empiridelen skal vi se hvordan enkeltkommuner har taklet denne utfordringen.

En av intensjonene med Opptappingsplanen er at personer med psykiske vansker skal leve så integrert som mulig i det øvrige samfunnet. Å bo i egen bolig og ikke institusjon anses som viktig i denne sammenhengen. Dette kan bidra til å rehabilitere den enkelte. Personer med psykiske vansker skal ikke lenger skånes og isoleres fra samfunnet.

I denne sammenhengen er et annet spørsmål ved kapasitetssituasjonen knyttet til fordeling og organisering av tjenestene. Oppbygning av både kompetanse og tjenestetilbudet bør bygges opp i nærheten av brukerne. Omsorgs- og oppfølgingstjenestene må bygges ut som støttefunksjoner til behandlingstjenester og andre sentrale funksjoner i arbeidet med personer som har psykiske vansker.

Personell

I en vurdering av kapasitetssituasjonen innenfor psykiatrien generelt og omsorgs- og oppfølgingstjenestene spesielt er det viktig å huske på at dette er blant de mest personellkrevende delene innenfor helsetjenestene. Utbygging og utvikling av omsorgs- og oppfølgingstjenester innenfor psykiatrien avhenger derfor i stor grad av at det finnes tilstrekkelig personell med egnede kunnskaper. Med Opptrappingsplanen er dette også en utfordring for kommunene.

Beredskap for kritiske situasjoner

Å forebygge psykiske vansker kan synes vanskelig. Med et mulig unntak for de situasjonene der det foreligger klare diagnoser, er det vanskelig å vite hvor krisene oppstår neste gang. Det er imidlertid kanskje kan arbeide for, er å etablere et slags beredskap for akutte kritiske situasjoner. Dette kan skje på minst to nivåer. Det ene er å forebygge at slike situasjoner oppstår i det hele tatt. Dette er svært vanskelig. Mange krisesituasjoner oppstår også blant personer som ikke tidligere har vært i kontakt med hjelpeapparatet og dette er en svært vanskelig gruppe å forebygge i forhold til. Så har vi de som allerede er inne i systemet og så får ene eller annen form for oppfølging. Her er spørsmålet hvordan en arbeider i forhold til å forebygge at nye akutte kriser oppstår. Hva gjør en i kommunene innenfor Opptrappingsplanens rammer for å forebygge slike situasjoner? Dette spørsmålet vil vi forfølge i rapportens empiriske del.

Gitt at mange av de som får omsorgs- og eller oppfølgingstjenester i hjemmet kan antas enten å være ferdigbehandlet eller under behandling vil dette først og fremst være et spørsmål om forebygging i forhold til tilbakefall eller forverring i situasjonen.

2. Grunnleggende prinsipper for fordeling av tjenester rettet mot psykisk syke

Hvilke prinsipper bygger så utviklingen av bolig, omsorgs- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte seg på? I dette korte kapitlet vil vi se litt på dette.

Slik det slås fast i St.meld nr. 25 (1996-97) er et grunnleggende prinsipp at mennesker med psykiske lidelser skal ha tjenester som er organisert og utformet etter det som ellers gjelder for offentlig tjenesteyting i Norge. Departementet ønsker mer konkret at fordeling av tjenester for denne gruppen skal bygge på følgende prinsipper:

- **Forebygging**

Hovedideen er at det er bedre å forebygge lidelser enn å behandle dem etter at de har oppstått. Forebygging kan imidlertid gis minst to former. For det første tiltak som skal forebygge at lidelser oppstår og for det andre tiltak for å hindre at en tilstand videreutvikles i en mer alvorlig retning.

- **Ansvar for å yte tjenester**

Personer med psykiske lidelser skal ha samme rett til tjenester som andre brukere av helse- og sosialtjenestene. Ansvarsfordelingen for å yte tjenester skal følge den som er fastsatt i helse- og sosiallovgivningen. Dette betyr at ansvaret for å yte allmenne helse- og sosialtjenester ligger til kommunene, samtidig som fylkeskommunene har ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester.

St.meld.nr. 25 (1996-97) oppsummerte det kommunale tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser før Opptrappingsplanen trådte i kraft som mangelfullt (side 27). Dette berørte både innlagte og hjemmeboende, som ikke fikk nødvendige tjenester. Mange personer i langtidsinstitusjoner hadde imidlertid ikke behov for denne omsorgsformen. Tilpasset omsorg forutsetter blant annet at det er alternativer tilgjengelig. Dette er blant annet et spørsmål om ressurser i kommunene som kompetent personell med videre. En av utfordringene for kommunene med Opptrappingsplanen har nettopp vært å videreutvikle og differensiere sine oppfølgingstjenester slik at de i sterkere grad fanget opp behovssituasjonen.

- **Pasienten først**

Brukernes behov skal stå i sentrum når en skal utvikle tilbudene og tjenestestrukturen. Tjenestene må ha en tilfredsstillende standard og gis individuelt som et tilpasset tilbud. Dette forutsetter en helhetlig vurdering av pasientenes behov og tiltakene må planlegges i samråd med pasienten selv og eventuelle pårørende.

St.meld.nr.25 (1996-97) slår fast at behandlingstilbudene tidligere har vært lite differensierte. Samme type behandlingstilbud er gitt til brede grupper av personer med psykiske vansker. Det blir således hevdet at det legges for lite vekt på den enkeltes mer spesielle behov ved vurdering av hvilke tjenester som skal gis (St.meld.nr.25 1996-97).

I forhold til omsorgs- og oppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker kan det være behov for svært sammensatte tjenester. Den enkeltes behov må i sentrum og

oppfølgingen er ment å bygge på faglighet, ha en ønsket effekt og ikke minst holde et tilfredsstillende nivå. Behov vil slik være rettesnoren, både i behandling og i oppfølgingen.

- **Mest mulig frivillighet**

Oppfølgingen er ment å bli gitt i mest mulig normaliserende og frivillig form. Den enkelte skal i minst mulig grad påtvinges hjelp og oppfølging de ikke ønsker. Tvang er ikke noe godt utgangspunkt for videre behandling og normalisering i forhold til en selvhjulpen tilværelse.

- **Mest mulig normalt liv**

Målet er at tjenestene knyttet til mennesker med psykiske vansker skal fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre sin egen livssituasjon og liv. Målet er velferd, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnsliv (St.meld.nr.25 (1996-97)). Utfordringen blir å trekke booppfølging aktivt med i dette og slik la selvstendighet i bolig med oppfølging bli en av veiene til selvstendighet og mestring.

3. Om opptrappingsplanen for psykisk helse

3.1. Mål og hensikter

Den oversikten St.meld.nr 25 (1996-97) ga over tjenestene og utfordringene innenfor psykiatrien resulterte i at Stortinget fremmet psykiatrien som et eget satsingsfelt. Ved sin behandling 17. juni 1997 fastla Stortinget hovedlinjene for styrking og utvikling av disse tjenestene fremover og fattet følgende vedtak:

”Stortinget ber Regjeringen snarest fremme forslag om en forpliktende handlingsplan for psykiatrien, herunder en økonomisk forpliktende opptrappingsplan.” (Jamfør St.prp. nr. 63 1997- 98).

Regjeringen Bondevik la frem en forpliktende 8-årig Opptrappingsplan med konkrete tiltak og en forpliktende økonomisk Opptrappingsplan for å styrke tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Planen hadde blant annet som siktemål å ta for seg de svake leddene som er påvist i nær sagt alle ledd i behandlingsskjeden. Hovedproblemer som ble trukket frem var blant annet at det forebyggende arbeidet var for svakt, at tjenestene var for dårlig utbygd i mange kommuner og ikke minst at det var for dårlig oppfølging etter utskrivning fra sykehus. Dette handlet blant annet om forholdet mellom første- og andrelinjetjenesten. Målet med Opptrappingsplanen var å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden var i fokus. Videre skulle planen legge til rette for en planmessig utbygging av tilbudet til mennesker som sliter med psykiske lidelser. Skulle en lykkes i dette arbeidet måtte en skape forutsigbare rammebetingelser for kommunene og fylkeskommunene.

Innenfor Opptrappingsplanen var det planlagt å investere for rundt 6.3 milliarder kroner i løpet av planperioden. Samtidig var intensjonene å øke driftsutgiftene gradvis til et nivå som ligger reelt om lag 4.6 milliarder kroner over utgiftsnivået i 1998. Opptrappingsplanen la opp til statlig styring gjennom øremerkede tilskudd. Det ble også stilt krav om kommunale og fylkeskommunale planer før øremerkede midler kom til utbetaling.

Innenfor planen har en satt seg visse måltall for utvalgte grupper. For voksne med psykiske vansker var planen:

- 3 400 nye omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser
- 3 400 flere årsverk i hjemmetjenesten
- 4 500 flere brukere av dagsentra.
- 10 000 flere skulle få tilbud om støttekontakt.
- 15 000 flere skulle få tilbud om kultur- og fritidstiltak.
- Styrking av behandlingstilbudet (184 psykologer og 125 flere høyskoleutdannede personell med tilleggsutdanning innenfor psykiatri).

(Kilde St.prp.nr 63 1997-98, side 8).

Disse måltallene sprang ut av det overordnede målet om å bidra til å fremme selvstendighet og evne til å mestre eget liv blant personer med psykiske lidelser. Dette skulle bidra til at rammen rundt den enkeltes tilværelse skulle ivareta grunnleggende behov som trygghet og en verdig livssituasjon.

Det overordnede målet med Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 var at satsingen skulle resultere i både en kvalitativ og kvantitativ bedre tjeneste for personer med psykiske lidelser. Målet med tjenestetilbudet skulle være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv (Opptrappingsplanen for psykisk helse, status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger, side 4). Opptrappingsplanen er nå besluttet videreført med 2 år til 2008.

Med utgangspunkt i behovet for å bygge ut et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk for personer med psykiske vansker der brukerne hele tiden skal stå i sentrum, ble det i Opptrappingsplanen lagt opp til blant annet følgende tiltak:

- *Styrking av brukerrettede tiltak.*
- *Styrking av tilbudet i kommunene med vekt på forebygging og tidlig hjelp.*
- *Omstrukturering og utbygging av voksenpsykiatrien, satsing på kommunenære tiltak som distriktpsikiatriske sentre (DPS'er).*

(Kilde: St.prp.nr. 63 1997-98, side 9).

Det het også at ”*utgangspunktet må være at kommunens ordinære tjenesteapparat også skal møte behovene hos mennesker med psykiske lidelser*” (St.prp.nr. 63 1997-98, side 11). Skal dette kravet oppfylles som det heter, må de ulike tjenestene styrkes både ved en kvalitativ tilrettelegging for denne gruppen og ved en kvalitativ styrking av eksisterende tjenester (St.prp.nr. 63, 1997-98, side 11). Det var et uttalt mål at organiseringen av tjenestene ikke skulle føre til en etablering av en særomsorg for mennesker med psykiske lidelser. Det ble fremhevet som viktig at kommunene fant frem til en organisering som ivaretok brukernes behov for tilbud fra ulike tjenesteledd, sektorer og forvaltningsnivåer.

Behovet for kommunale tjenester var og er stort blant mange mennesker med psykiske vansker. I forhold til boligsituasjonen het det at ”*for denne gruppen er det særlig viktig å ha en bolig som gir menneskelig verdighet, å bli trukket med i et fellesskap og unngå sosial isolasjon og å ha tilgang til meningsfylt aktiviteter og om mulig sysselsetting*”, (St.prp.nr. 63 1997-98, side 12). For å få dekket disse behovene vil i mange tilfeller kommunal støtte være nødvendig. Medisinsk behandling kan også være et spørsmål her.

En rekke tiltak ble ønsket styrket innenfor arbeidet med Opptrappingsplanen. Dette omfattet blant annet tiltak innenfor:

- *Boliger.*
- *Hjemmetjenester.*
- *Dagsenter.*
- *Støttekontakter.*
- *Kultur og fritidstiltak.*

(Kilde: St.prp. nr. 63 1997-98)

I tillegg kommer et behov for også å se arbeidsmarkeds- og sysselsettingstiltak i sammenheng med de kommunale tilbudene.

Sett i henhold til Rundskriv IS-1/2003 om Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd 2003, så må kommunenes tilbud til voksne mennesker med psykiske lidelser omfatte følgende grunnelementer:

- Tilfredsstillende bolig med tilstrekkelig bistand.
- Mulighet til å delta i meningsfulle aktiviteter.
- Mulighet til å inngå i et sosialt fellesskap.
- Nødvendige helsetjenester.

Det er særlig oppfølgingen av målet av tilfredsstillende bolig vi vil forfølge i denne rapporten. Kommunene er veldig fokusert på å etterleve disse målene. Spørsmålet er på hvilken måte?

3.2. Tilskudd til psykisk helsevern under Opptrappingsplanen for psykisk helse

Et sentralt ledd i Opptrappingsplanen for psykisk helse er øremerkede tilskudd til psykisk helsearbeid som fordeles til kommunene, i tillegg til krav om utarbeiding av planer, råd og veiledning. Det ble i 2000 satt i gang et forsøk med å tildele øremerkede tilskudd som rammer for 20 kommuner. Dette ble videreført i 2003 (jamfør Rundskriv IS-1/2003, nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2003, Sosial- og helsedirektoratet). Tilskuddet til kommunene som fordeles etter fordelingsnøkkelen er økt med i alt 258 mill. kroner i statsbudsjettet for 2003 (St.prp.nr1 2002-03). Inkludert i dette beløpet er en økning på 16.5 mill kr til de 20 forsøkskommunene og om lag 40 mill. kr i priskompensasjon.

Det øremerkede tilskuddet til den enkelte kommune for 2003 ble fordelt etter en fordelingsnøkkel hvor fordelingen i 2002 vektet med 30 prosent og inntektssystemets kostnadsnøkkel for kommunene vektet med 70 prosent (Rundskriv IS-1/2003, nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2003, Sosial- og helsedirektoratet, side 19).

I alt er det bevilget 1306.8 mill. kr til kommunene over Helsedepartementets budsjett. Som nevnt ovenfor er blant annet 3 400 omsorgsboliger til mennesker med psykiske lidelser et av måltallene i planperioden for opptrappingsplanen. De midler som er bevilget for 2003 er økt slik at det er ment å gi rom for tilsagn til 900 nye boliger i 2003. Resterende tilsagn (913) ble planlagt gitt i 2004 (Rundskriv IS-1/2003, nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2003, Sosial- og helsedirektoratet, side 19).

3.3. Prioriteringer innenfor midlene

Først er det vel verdt å minne om at minimum 20 prosent av innsatsen innenfor Opptrappingsplanen ble ment rettet mot barn og unge. Disse kunne brukes til ulike tiltak. I dette prosjektet vil vi imidlertid avgrense oss til å ta for oss tiltak rettet mot voksne og da omsorgs- og oppfølgingstiltak knyttet til bolig og bosituasjonen.

I forhold til tiltak for voksne het det i budsjettproposisjonen på dette punktet at:

”Kommunenes innsats bør særlig rettes inn mot mennesker med alvorlige eller moderate psykiske lidelser og særlig vektlegge:

- *Tilfredsstillende bolig med tilstrekkelig bistand.*
- *Mulighet til å delta i meningsfulle aktiviteter, om mulig sysselsetting.*
- *Mulighet til å delta i et sosialt fellesskap og unngå sosial isolasjon.*

- *Nødvendige og tilpassende helse- og sosialtjenester.*”

(St.prp.nr.1 2002-03, side 175)

I sitt rundskriv IS-1/2003 om ”Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2003”, forutsatte Sosial- og helsedirektoratet at den enkelte kommune ved disponering av tilskuddene la til grunn at det for voksne først skulle være etablert et tilfredsstillende tilbud på disse områdene før et bredere tilbud bygd ut (Rundskriv IS-1/2003, nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2003, Sosial- og helsedirektoratet, side 19).

Videre het det at: *”Midlene kan nyttes til:*

- *styrking av bruker-/pårørendeorganisasjonene, selvhjelp og andre brukerrettede tiltak.*
- *Nye tilrettelagte botilbud og støttefunksjoner.*
- *Styrking av hjemmebaserte tjenester og biveiledning.*
- *Utvikling av varierte aktivitetstilbud, herunder tilrettelagt fysisk aktivitet.*
- *Flere støttekontakter, kultur- og fritidstiltak – gjerne i samarbeid med frivillige organisasjoner/institusjoner i nærmiljøet.*
- *Styrking av øvrige tilrettelagte tjenester i kommunen for denne målgruppen.”*

(Rundskriv IS-1/2003, nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2003, Sosial- og helsedirektoratet, side 20).

I tillegg het det at tilskuddene kan nyttes til kompetanseheving og rekruttering.

3.4. Kommunal organisering av området psykisk helse under Opptrappingsplanen for psykisk helse

Gjennomføringen av Opptrappingsplanen fører ikke til noen endringer i gjeldende ansvarsfordeling mellom kommunene, de regionale helseforetakene og statlige myndigheter. Hvordan kommunene organiserer sitt arbeid internt blir en lokal beslutning.

3.5. Opptrappingsplanen for psykisk helse, status 2003

Opptrappingsplanen innebærer tilskudd til investeringer på til sammen om lag 6.3 milliarder kroner i løpet av planperioden som løper fra 1999 til 2006. I løpet av de første fem årene Opptrappingsplanen var virksom, har det vært gitt tilsagn til investeringer tilsvarende om lag 5,1 prosent av de økonomiske måltallene (Opptrappingsplanen for psykisk helse, status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger, Sosial- og helsedirektoratet, side 4).

I følge statusrapporten til Sosial- og helsedirektoratet skulle de statlige årlige tilskuddene til driftsutgifter i følge planen økes reelt med om lag 4.6 milliarder kroner i forhold til 1998-nivået (1998 kroner). Ved utgangen av 2003 viste det seg at nær 35 prosent av dette målet er nådd. I forhold til de ulike satsningsområdene fordelt dette seg med 37 prosent på kommunale tjenester, 28 prosent til spesialisthelsetjenester og 58 prosent til statlige tjenester

(Opptrappingsplanen for psykisk helse, status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger, Sosial- og helsedirektoratet, side 4).

Et viktig mål innenfor Opptrappingsplanen har vært øke brukermedvirkningen. Etter halvgått løp var brukerperspektivet gitt en legitim plass i utviklingen av tjenestetilbudet, men i statusrapporten til Sosial- og helsedirektoratet kom det frem at det fortsatt var behov for ytterligere satsing (side 5). Dette kan imidlertid også være et spørsmål om kultur- og holdningsendringer i tjenesteapparatet som det kan ta lengre tid å endre.

Tiltakene som har voksne som målgruppe var først og fremst ment å ivareta behovene til personer med alvorlige og moderate lidelser. En var ment å vektlegge boliger med tilstrekkelig bistand rundt i kommunene, i tillegg til at den enkelte skulle ha mulighet til å delta i meningsfulle aktiviteter, muligheter til å delta i et sosialt fellesskap samt nødvendige sosial- og helsetjenester. I forhold til omsorgsboliger, var det ved utløpet av 2003 planlagt rundt 2 500 tilsagn til bygging av omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser. Dette utgjør omtrent 3 fjerdedeler av måltallet som er på 3 400 boliger.

I forhold til økningen i det samlede økonomiske driftstilskuddet til kommunene for hele perioden 1999 til 2006, er det bevilget 5 42 mill kroner. Dette utgjorde 22 prosent av den samlede økonomiske økningen i driftstilskudd for kommunene i perioden.

4. Metoder innenfor området omsorg og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte

4.1. Samarbeid mellom kommunale etater i forhold til personer med psykiske vansker

Det er viktig med et godt fungerende samarbeid mellom blant annet kommune og helseforetak. En særlig viktig samarbeidspartner for kommunene er de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS ene) blant annet når det gjelder kartlegging, prioritering og tilrettelegging av tilbud til mennesker med psykiske lidelser.

En annen etat det er viktig å samarbeide med er trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten for å arbeide frem gode arbeidsfremmende tiltak. Det er derfor en styrket bevilgning over arbeids- og administrasjonsdepartementets budsjett til sysselsettingstiltak for denne gruppen. Dette gjennomføres som ledd i gjennomføringen av Opptappingsplanen, og styrkingen er på hele 64 mill. kr, fordelt på spesielle arbeidsmarkedstiltak for yrkeshemmede og en styrking av arbeidsmarkedsetaten.

Det er også et økende antall mennesker som skrives ut til kommunene fra spesialisthelsetjenesten. Mange av disse har svært omfattende behov. Fra tid til annen er ikke utskrivningene tilpasset kommunenes forutsetninger og kommunene har ikke nødvendigvis vært i stand til, av ulike grunner, å tilrettelegge tilbudet for disse brukerne. Det hevdes derfor i Rundskriv IS-1/2003, Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2003, (Sosial- og helsedirektoratet) at det er viktig at det etableres et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten om utarbeiding av individuelle planer (side 23).

Noen har så vidt omfattende vansker at det ikke er tilrådelig å bo alene i en kommunal bolig. Her må ulike boalternativer vurderes. Her kan interkommunalt samarbeid omkring tiltak være påkrevd tiltak for å gi et faglig og menneskelig sett hensiktsmessig og forvarlig tilbud.

4.2. Metodevalg i denne studien

I denne studien vil vi se nærmere på den kommunale oppfølgingen av Opptappingsplanens intensjoner i forhold til bosetting, bolig- og omsorgs- og oppfølgingstjenester i bolig. Vi har valgt å ta for oss fire utvalgte kommuner og har studert disse som case. Nedre Eiker og Nesodden er valgt ut som to mellomstore, sentrale kommuner. Trondheim og Bergen er valgt ut som to store kommuner.

I disse kommunene har vi ved hjelp av skrevne dokumenter, først og fremst knyttet til psykiatriplaner samt intervjuer av nøkkelpersonale, søkt å belyse kommunens arbeid på dette området. Dokumentgjennomgangen og intervjuene har disposisjonsmessig vært knyttet til følgende hovedtemaer:

1. Lokale (kommunale) mål for omsorgs- og oppfølgingstjenestene i bosituasjonen.
2. Behov for boligjenester blant personer med psykiske vansker i kommunen.
3. Organisering av det psykiske helsearbeidet.
4. Konkrete omsorgs- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte.
5. Boligtilbudet rettet mot personer med psykiske vansker.
6. Finansiering av bolig- og booppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker.
7. Utfordringer innenfor dette arbeidet.

I det som følger skal vi drøfte dette for hver av de fire casekommunene.

4.3. Behovet for psykiatriske tjenester og levekår

Grunnlaget for en kommunes behovssituasjon i forhold til psykiatrisk booppfølging er vanskelig å beskrive generelt. Dette vil avhenge av mange forhold. Generelt kan en imidlertid anta at omfanget av psykiske vansker henger sammen med levekårs situasjonen i kommunen. Uten å komme for nært inn på grunnene til psykiske plager kan en kanskje gjøre todeling, de som er psykisk syke, med klare diagnoser, og de som er forbigående psykisk syke. Det er kanskje i særlig grad de mer forbigående psykiske plagene som i størst grad er levekårsbetinget. Avhengighet av sosialhjelp, uføretrygd, arbeidsledighet med videre er alle stressituasjoner sosialt og psykisk som det kreves ressurser å takle for mange.

Før vi går videre til å se på arbeidet med bolig og booppfølging i de fire kommunene vil vi derfor kort se litt på et par levekårsbetingelser i de respektive kommunene.

Levekårsvariasjoner kommunene imellom

Våre fire case kommuner er av noe ulik karakter. Mens Bergen og Trondheim er av landets største byer, er Nedre Eiker og Nesodden mellomstore kommuner. Dette ser vi av tabell 1 som viser befolkningstallet i de fire kommunene pr 1. januar 2003.

Tilknytning til arbeidslivet

Et av de forholdene en kan anta vil være av betydning for omfanget av psykiske vansker i en befolkning er tilknytning til arbeidslivet. Svak tilknytning til arbeidslivet kan gi en følelse av ikke å bidra til eller utestengning fra et fellesskap. Dette kan i neste omgang igjen bidra til å utsette enkeltpersoner for psykiske påkjenninger. Svak tilknytning kan selvsagt også på den andre siden ses på som en konsekvens av svakere psykisk funksjonsnivå. Slik kan kanskje utestengning fra arbeidslivet bidra til ytterligere psykisk vanskeligstilling.

Tabell 1 gir en oversikt over omfanget av andelen uføre og arbeidsledige i 2003 i de fire kommunene.

Tabell 1. Befolkningen totalt i Nesodden, Nedre Eiker, Bergen og Trondheim og antallet uføre og arbeidsledige som andel av befolkningen totalt i 2003.

	Befolkningen pr 1. januar 2003	Andelen uføre av befolkningen totalt 2003	Andelen arbeidsledige av befolkningen totalt 2003
Nesodden	15 943	5.3	1.6
Nedre Eiker	21 044	6.6	1.7
Bergen	235 423	5.4	2.2
Trondheim	152 699	6.2	2.3
Gjennomsnitt for landet som helhet	4 552 252	6.6	2.0

Kilde: SSB.

Som det går frem av tabellen er andelen uføre i forhold til befolkningen totalt høyest i Nedre Eiker. Samtidig ligger imidlertid Nedre Eiker på nivå med gjennomsnittet for landet som helhet. Lavest er andelen uføre av befolkningen totalt i Nesodden kommune og Bergen kommune.

I forhold til andelen arbeidsledige av befolkningen totalt ligger de to storbyene høyere enn gjennomsnittet for befolkningen totalt. Nedre Eiker og Nesodden kommuner ligger lavest.

Dette viser at selv om andelen uføretrygdede i Nedre Eiker er høyest av alle de fire kommunene, er ikke dette sammenfallende med en tilsvarende høy andel arbeidsledige. Det samme gjelder i forhold til de to storbyene, hvor høy andel arbeidsledige, ikke følges av en tilsvarende høy andel uføretrygdede.

5. Bolig og omsorgs- og oppfølgingstjenester for psykisk vanskeligstilte i Nedre Eiker kommune

Nedre Eiker kommune er nabokommune til Drammen og ligger 6 mil fra Oslo. Kommunen har vel 21 000 innbyggere og hovednæringen er service og industri.

Mål for omsorgs- og oppfølgingstjenestene i bosituasjonen

Satsing på psykiatri har stor politisk gjennomslagskraft og vilje i Nedre Eiker kommune. Det er et overordnet hensyn at dette området skal prioriteres, også fremover.

Målet for kommunen er å bidra til at folk i størst mulig grad skal kunne klare seg selv. Det er når folk ikke klarer dette at kommunen kommer inn og gir hjelp. Kommunen ønsker å gi gruppetilbud og satse på aktiviteter i det normale samfunnet. Oppfølging av psykiske vansker skal ikke være en særtjeneste, den enkelte skal være i det normale samfunnet. Dette handler også om integrering, slik en ser det i Nedre Eiker kommune.

Generelt er det to grupper som takler psykiske vansker best.

- De som har de letteste lidelsene.
- De som har familie rundt seg.

Nedre Eiker kommune har ingen definerte målgrupper. De ser imidlertid at innvandrerandelen øker blant de som får tilbud om hjelp med bakgrunn i en vurdering av psykisk selvhjelpenhet.

Behov for psykiatriske tjenester

Omfanget av psykiske vansker varierer fra de lettere vanskene til mer omfattende og dyptliggende problemene, alt fra lettere og periodiske depresjoner til mer alvorlige sinnslidelser. Dette innebærer at behovet for oppfølging også vil variere stort. Noen har behov for lite hjelp, og da kanskje bare i en kortere periode, mens andre har behov for nesten kontinuerlig oppfølging.

Systematiske overslag og beregninger over antallet med ulike psykiske lidelser foreligger ikke i dag. Ulike kartlegginger som beregner deler av dette omfanget er imidlertid gjort i regi av Folkehelseinstituttet i forhold til fylkesprofiler for utvalgte kommuner. Rådet for psykisk helse sto imidlertid bak en undersøkelse fra 1995 og publisert i rapportene "Velferdsstatens forsømte gruppe".

SSB gjorde en beregning basert på erfaringstall for antall personer med ulike former for psykiske vansker. Nedre Eiker kommune følger denne beregningen i sin vurdering av behov i egen kommune. Dette innebærer at kommunen anslår å ha følgende antall personer med ulike behov i kommunen:

For voksne personer over 18 år:

* <i>Lettere psykiske lidelser</i>	<i>1496</i>
* <i>Moderate psykiske lidelser</i>	<i>1923</i>
* <i>Alvorlige psykiske lidelser</i>	<i>641</i>
* <i>Maniske depressive og personlighetsforstyrrelser</i>	<i>213</i>
<i>Sum</i>	<i>4273</i>

Hvordan dette slår ut i forhold til boligbehov og behov for omsorgs- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen fremgår imidlertid ikke av disse anslagene.

Boligbehovet kartlagt spesielt

Derimot har Nedre Eiker kommune gjort egne beregninger av dette og har i en kartlegging av behovet for tilpasset bolig til gruppen mennesker med alvorlige psykiske lidelser anslått dette til å være 8 til 12 boliger i perioden 2005 til 2007. Samlet hadde kommunen 350 aktive brukere av psykiatriske team og 80 aktive brukere i forhold til tilbud. Nedre Eiker har videre 16 boliger i et tun, et omsorgsboligkompleks for personer som har vært innlagt på psykiatrisk sykehus.

Andelen innvandrere økende

Andelen innvandrere er også økende i Nedre Eiker. Det er allikevel en tendens til at innvandrere ikke oppsøker psykiatritjenesten i samme grad ved behov.

Organisering av det psykiske helsearbeidet i Nedre Eiker kommune

Generelt benytter personer med psykiske lidelser de samme offentlige helse- og omsorgstjenestene som andre innbyggere med hjelpebehov i en gitt kommune. Således tilligger ansvaret for tjenesteytingen alle avdelinger og seksjoner i kommunene. Noen tilbud er imidlertid spesielt tilrettelagt for personer med psykiatriske vansker. Disse kan være organisert på ulik måte.

I Nedre Eiker har en organisert psykiatritjenesten som en separat avdeling under Helseavdelingen som ligger under Helse- og omsorgsavdelingen. Voksenpsykiatri er organisert for seg. Psykiatri for barn og unge er organisert under en egen virksomhetsleder.

Nedre Eiker har på psykiatriens område i stor grad basert seg på tverretattlig samarbeid. Dette bygger på:

- Tiltaksteam,
som fatter vedtak i forhold til den enkelte bruker
- Ressursteam,
som drøfter og beslutter i saker som er tverrsektorielle og kompliserte.
- Samarbeidsområder
Rus og psykiatri
Familier med komplekse utfordringer
Kommuneplan og boligplanlegging
PRO, psykologisk team veileder ansatte

Viktig samarbeid med andrelinjetjenesten

Nedre Eiker har også et tverretattlig samarbeid mellom førstelinje- og andrelinjetjenesten. Førstelinjen er knyttet til kommunen og andrelinjen knyttet til staten. Samarbeidet handler blant annet om melding ved utskrivning fra psykiatrisk sykehus. Dette er svært viktig og kommunen opplever at dette har stor betydning for at de stiller forberedt når eventuelle omsorgstrengende skrives ut.

Enn så lenges synes imidlertid dette å være et problem. Kommunen varsles i varierende grad når pasienter skrives ut, selv om disse skulle ha stort behov for videre oppfølging.

Individuell plan

I Nedre Eiker kommune velger en i mange tilfeller å lage en individuell plan. I dette arbeidet knytter en til seg relevante tjenester og etater. Dette inkluderer også private. I den grad dette involverer personer med etnisk minoritetsbakgrunn involveres også Innvandrerkontoret. Andre relevante kan blant annet være helsestasjoner, psykiatre, leger, med videre.

Omsorgs- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte i Nedre Eiker

I Nedre Eiker har psykiatritjenesten ulike tilbud. Disse kan systematiseres på følgende måte.

- ***Dagsenter***, med ulike gruppetilbud. Dette kan omfatte aktivitetsgrupper, samtalegrupper, turgrupper og diagnosespesifikke grupper.
- ***Psykiatrisk team***. Dette tilbyr blant annet miljøarbeid i pasientenes hjem, individuelle samtaler, sosial trening og veiledning i praktiske spørsmål.
- ***Omsorgsboliger***. Tilrettelagte boliger for mennesker med ulike grad av psykiske lidelser.
- ***Barne- og ungdomspsykiatriske tjenester***. Dette omfatter råd, støtte og hjelp til barn og unge med psykiske lidelser, barn og unge med foreldre med psykiske lidelser, med videre.

Omsorgsboliger

Omsorgsboligene er for personer som har evne til å bo i et eget boligkompleks. Her tilbyr kommunen hjemmehjelp og miljøarbeider, men det er ingen serviceenhet på stedet. Kommunen har et tilbud som er bygget av en privat utbygger, men kommunen har tildelingsrett. Stedet drives dels av en ideologisk basert gruppe som dels driver kafe på stedet og dels arbeider frivillig.

Miljøarbeid

Miljøarbeidet i kommunens ulike boliger innebærer blant annet rådgivning, hva gjør man, når og hvor. Dette går i særlig grad på hjelp i praktiske ting. Problemene går ellers i bølger blant beboerne, så hva de konkrete oppgavene til en hver tid består i, vil variere.

Primærkontakt

Alle beboerne har imidlertid primærkontakt, en person de forholder seg til. Primærkontaktene er tilknyttet psykiatritjenesten eller pleie- og omsorgsavdelingen. I mange tilfeller har den enkelte en egen hjemmehjelp. Ved behov lages det et nettverk rundt den enkelte. Noen har

individuelle planer. For andre avtales det hvordan en best kan organisere arbeidet rundt den enkelte i egne samtaler mellom impliserte parter. Alt dette tilpasses den enkeltes behovssituasjon.

Ikke alle har hjemmehjelp

Ikke alle personer med psykiske vansker i en selvstendig bosituasjon har imidlertid hjemmehjelp i Nedre Eiker kommune. Det er i følge helsesjefen i kommunen en høy terskel for dette i Nedre Eiker. Noen har imidlertid hjemmesykepleie. Dette er blant annet i tilfeller der en er avhengig av medisiner. Et tredje tiltak er trygghetsalarm. Alle som har behov for dette skal få det. En får der direkte kontakt med legevakten. Mange av personene med psykiske vansker har dette og benytter seg av det i tilfeller med angstanfall.

Angstgruppe

I Nedre Eiker kommune har en også arrangert såkalte "Angstgrupper", for personer med angst. Dette er en tilstand som i sterk grad påvirker bosituasjonen. Dette gjelder særlig for aleneboende. I de tilfellene den med angst bor for eksempel hos sine foreldre, går dette lettere.

Hjemme hos familie

Mange med psykiske vansker bor i hjemmet. Så også i Nedre Eiker kommune. Dette enten sammen med foreldre eller i egen bolig. Den største gruppen klarer seg slik selv, når det gjelder bolig.

Hjemmeboende får i Nedre Eiker kommune de samme tjenester som personer som bor i omsorgsboliger. Kommunen gir de samme tjenester uansett hvor en bor. En gir etter behov, ikke bosted. Vil du ha et tilbud, er det uavhengig av hvor du er bosatt. Lovverket differensierer heller ikke etter bosted. En annen ting er at det sosiale tilbudet er større på det privat eide "Tunet", hvor kommunen har tildelingsrett til omsorgsboliger, jamfør ovenfor.

Boligtilbudet rettet mot personer med psykiske vansker i Nedre Eiker

Nedre Eiker ønsker å tilby leiligheter for personer med psykiske lidelser. Kommunen har søkt om 8 nye boliger med personalbase. Dette skal være beregnet for personer som er skrevet ut fra psykiatrien, såkalte ferdigbehandlede.

Omsorgsboliger

Nedre Eiker kommune bygger ikke selv omsorgsboliger. Dette settes ut til private borettslag eller andre private utbyggere. Kommunen har imidlertid tildelingsrett uten unntak i 20 til 30 år.

Nedre Eiker har om lag 200 til 220 omsorgsboliger i 2005. 16 boliger er øremerket psykiatri. I tillegg har kommunen 8 omsorgsboliger for psykiatri på tegnebordet, som planlegges ferdigstilt innen 2007. Dette er boliger der kommunen er inne og gir tjenester. Det er ingen fysisk forskjell på omsorgsboliger for personer med psykiske vansker og andre typer for omsorgsboliger. Alle er de tilpasset Husbankens krav til universell utforming.

Blant mange av de som hadde hatt nytte av en omsorgsbolig, er det i Nedre Eiker kommune et problem at mange ikke vil flytte. I mange tilfeller har den enkelte imidlertid så vidt lav boevne at vedkommende fungerer dårlig i en selvstendig bosituasjon. Dette kan for eksempel gjelde for personer med schizofreni som sykdomsbilde. I Nedre Eiker gjelder dette for 7 personer i 2004. Disse er gitt et tilbud i vanlig omsorgsbolig, der det er personale.

Noen kommer også til psykiatritjenesten med mindre akutte problemer, som vil kunne være psykisk betinget, men der det med mindre bistand er mulig å opprettholde en selvstendig bosituasjon. Dette gjelder blant annet hjelp til å betale regninger, betale regninger i rett tid.

Private tiltak

Slik situasjonen er i Nedre Eiker kommune har kommunen nesten ikke kommunale boliger. Det er imidlertid ikke vanskelig å skaffe til veie en privat utleiebolic i kommunen. Det kan imidlertid vise seg vanskelig for sosialkontoret å etablere et privat leieforhold i den grad det kommer frem at vedkommende har psykiske vansker.

I Nedre Eiker har en et privat tiltak kalt Tunvoll, som er et privat bofellesskap. Bygningen er et tidligere sykehjem og en satser på å ta imot utskrevne psykiatriske pasienter. Dette har vekt sterke protester fra naboene. Kommunen er imidlertid ikke inne med noen kvalitetsgaranti eller oppfølging av dette tiltaket.

Finansiering av bolig og booppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker i Nedre Eiker

Opptappingsplanen er statlig styrt. Kommunene søker ikke, men får tildelt en ramme. Kommunene rapporterer så hva de har benyttet pengene til. Det er imidlertid ikke slik at prosjekter fullfinansieres fra Opptappingsplanen. Kommunene må betale egenandeler.

Staten setter ikke krav til hvem kommunene skal prioritere. En viss prosent (minimum 20 prosent) skal imidlertid gå til tiltak for barn og unge. I Nedre Eiker øremerkes 29-30 prosent av det statlige tilskuddet til målgruppen barn og unge. Kommunene står derfor svært fritt i forhold til hva de skal gjøre innenfor psykiatrisk booppfølging.

Samtlige boligtiltak og oppfølgingstjenester rettet mot psykisk syke i Nedre Eiker kommune finansieres med midler fra Opptappingsplanen. Dette med unntak av en egenandel på 10 prosent som kommunen betaler. Ved utgangen av 2007 er imidlertid perioden for Opptappingsplanen slutt. Kommunen har imidlertid ingen bekymring for den videre finansieringen av boligjenestene som er bygget ut. Etter deres forventning blir sluttbeløpet for kostnader i de påfølgende årene fordelt via rammetilskuddet til kommunen. De ser ikke for seg at midlene blir borte.

Utfordringer innenfor arbeidet med omsorgs- og oppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker i Nedre Eiker

Utfordringene innenfor det boligpsykiatriske oppfølgingsarbeidet i kommunene er særlig knyttet til to grupper.

- For det første gruppen med sammensatte vansker og da særlig i forhold til personer som både sliter med psykiatriske vansker og rus.
- Innvandrere kommer også opp som en viktig utfordring på dette området. Nye grupper som sliter med traumer fra hjemlandet, eller personer som på andre måter sliter med tilpasning til det norske samfunnet.

I Nedre Eiker kommune ser en dette som de største utfordringene, men er usikker på omfanget og hva det vil kreve av ressurser fremover. I Nedre Eiker har en nesten ingen psykiatrisk oppfølging av disse gruppene i dag. De er ikke inne i kommunens booppfølgingsopplegg, ei heller i omsorgsboligene.

Tilstrekkelig oppfølging

De fleste med et reelt behov får i dag et tilbud i Nedre Eiker kommune, slik en ser det fra kommunens side. De opplever også at allmennhelsetjenesten er tilstrekkelig i forhold til befolkningens behov.

De psykiatriske institusjonene nedbygges

Nedbyggingen av de psykiatriske institusjonene fører til at dårlige folk blir i kommunen. Tidligere var det slik at personer med psykiske vansker ble lagt inn tidligere og kommunene hadde god tid til å planlegge i forhold til dette. Nå tilbringer personer med psykiske vansker svært kort tid i institusjon og rehabilitering og kommer således fortere tilbake til kommunene. Dette innebærer at kommunene må forberede og bygge opp en egen kompetanse på området psykisk helsevern og rehabilitering. Dette er noe av ideen med Opptappingsplanen. Dette kan imidlertid være en stor utfordring for en kommune som Nedre Eiker. Mange kan nok ha følt at dette har kommet noe brått på dem, og at de ikke var forberedt på et så vidt omfattende arbeid. Dette handler både om å selv gjøre mer diagnostiserende arbeid i forkant av en eventuell innleggelse på institusjon og deretter etter utskriving, forestå rehabilitering og oppfølging. Dette gjelder også for booppfølging i bosituasjonen.

Dette krever mye personell innsats, kompetanse og ressurser. Spørsmålet er om kommunen opplever at de håndterer og mestrer disse tre forholdene? I Nedre Eiker oppgir en å ha kommet langt med dette arbeidet. Fylkeslegen i Buskerud har også gitt uttrykk for at dette er veldig bra. Nedre Eiker kommune har ikke venteliste i forhold til psykiatriske tjenester. Alle som søker får en kartlegging av behovet.

Oppsummerende merknader

Nedre Eiker har etter Opptappingsplanen tatt sitt ansvar for det psykiske helsevernet i kommunen på alvor. Det har vært en stor politisk vilje til å prioritere det psykiatriske helsearbeidet i kommunen, også på boligsiden. Kommune har satt seg fore prioriterte mål på området og ser selvstendighet, integrering og normalitet som sentrale mål for arbeidet. For å lette arbeidet med å legge til rette for tilstrekkelige og tilpassede tjenester har kommunen blant annet gjort en kartlegging av antallet i kommunen som er brukere av boligjenestene.

For å håndtere det økte ansvaret for personer med psykiske vansker har Nedre Eiker både en egen avdeling under Helseavdelingen, samtidig som psykiatri er integrert innenfor ulike tjenesteområder i kommunen.

For å få sitt eget bolig- og booppfølgingsarbeid til å fungere mer effektivt er kommunen imidlertid veldig interessert i å samarbeide med andrelinjetjenesten. Enn så lenge har dette ikke fungert slik kommunen ser det hensiktsmessig. Et problem har blant annet vært til dels manglende meldinger fra andrelinjetjenestens side om utskrivninger. Dette har gjort det vanskelig for kommunen forberede seg tilstrekkelig for eksempel ved utskrivninger. Særlig gjelder dette i tilfeller hvor det både skal skaffes bolig og organiseres et tjenesteapparat som skal følge opp.

Kombinert med en opplevelse av at reformen har blitt iverksatt for fort i forhold til hva kommunen har fått forberedt seg på, fremkommer et uttalt behov for kompetanseoppbygging på områdene psykisk helsevern og rehabilitering. Dette gjelder også i forhold til personer med kombinasjonsvansker psykiatri og rus samt psykiatri blant innvandrere. Dette er to områder hvor kommunen ser mulige økende utfordringer fremover.

Tiltak som er iverksatt på området bolig og booppfølging er nesten i sin helhet finansiert via Opptappingsplanen. Kommunen bidrar med en egenandel på 10 prosent. Når Opptappingsplanen løper ut ved utgangen av 2007 vil sluttbeløpet for kostnader knyttet til bolig og booppfølgingsarbeidet etter kommunens forventning bli overført til kommunen via rammetilskudd. Det er derfor ingen frykt i kommunen for at den store satsingen kommunen nå gjør på dette området skal bli redusert ved utløpet av Opptappingsplanperioden.

Enn så lenge ser det ut til at Nedre Eiker klarer å håndtere sine utfordringer ved hjelp av de tjenestene de har bygd opp. Kommunen satser både på omsorgsboliger og oppfølging på dagtid. Fremover vil situasjonen innenfor bolig og booppfølging for personer med psykiske vansker avhenge av i hvilken grad en kommer til å se en bedring av dialogen med andrelinjetjenesten samt utviklingen i problemene kommunen utfordres av.

6. Bolig og omsorgs- og oppfølgingstjenester for psykisk vanskeligstilte i Nesodden kommune

Nesodden kommune ligger tett på Oslo. Allikevel er adkomsten landeveien lang fra hovedstaden. Viktig transportåre er derfor båt fra Oslo. Kommunen ligger langt og usentralt i forhold til fylkeskommunal distriktpsikiatri, som holder til i Ski i Follo kommune.

Kommunen har i 2004 nær 16 500 innbyggere. De fleste som bor på Nesodden arbeider i Oslo. Det viktigste næringsgrunnlaget er servicenæringer, med Sunnaas sykehus som den største arbeidsplassen.

Nesodden kommune har høye boligpriser. Dette har sammenheng med nærheten til Oslo. Det gis statlig bostøtte, men kommunen har et underforbruk av denne. Dette ser ut til å ha sammenheng med hvordan bostøtten er innrettet fra statlig hold.

Mål for omsorgs- og oppfølgingstjenestene i bosituasjonen i Nesodden

Det overordnede målet for Nesodden kommune i forhold til tjenester til mennesker med psykiske lidelser er å bidra til selvstendighet og evne til å mestre eget liv, som det heter i Plan for psykisk helsearbeid i Nesodden kommune 2003 til 2006.

Nesodden kommune har spesifisert egne kommunale mål i samsvar med de grunnleggende intensjonene i Opptappingsplanen når de i sin plan for det psykiske helsearbeidet 2003 til 2006 skisserer målsettinger rettet mot hele befolkningen, barn og unge og tiltak som særlig omfatter voksne. I forhold til tiltakene som retter seg mot hele befolkningen er intensjonen at levekårene og nærmiljøet skal være av en slik kvalitet at det virker forebyggende mot utvikling eller forverring av psykiske lidelser (Nesodden kommune: Plan for det psykiske helsearbeidet 2003 til 2007, side 5). Blant tiltakene som særlig retter seg mot voksne finner vi målsettingen om å sikre en *”tilfredsstillende bolig med tilstrekkelig bistand for personer med psykiske lidelser som har omfattende oppfølgingsbehov”* (Nesodden kommune: Plan for det psykiske helsearbeidet 2003 til 2007, side 7). Kommunen har også et kommunestyrevedtak fra 23.05 02 på å planlegge og bygge bofellesskap med heldøgns bemanning, med 8 leiligheter, 2 avlastningshybler og en personalbase. Dette bofellesskapet er ment å ha et fellesareal som muliggjør oppbygning av nettverk og sosialt fellesskap. Til dette følger også et mål om å ansette tilstrekkelig og kvalifisert personell, slik at bofellesskapet i sum er klart for innflytting i 2005. Den ansvarlige instans for dette skal være Boligavdelingen i kommunen samt pleie- og omsorgsavdelingen og andre berørte avdelinger. Arbeidet med bygging av 11 enheter er igangsatt og prosjektet skal stå ferdig i november 2006. Pleie- og omsorgsavdelingen vil ha den faglige oppfølgingen.

Sammensatte vansker

Generelt ser en det slik i Nesodden kommune at det er vanskelig å skille tiltak og strategier i forhold til personer med psykiske vansker fra andre vansker. I svært mange tilfeller er det snakk om sammensatte vansker, da særlig rus og psykiatri. I Nesodden kommune er en svært fokusert på å se helheten i psykiatrien som problemområde og utfordring og se de ulike involverte aktørene i sammenheng. Dette innebærer at mål og strategier i forhold til psykiatri

vil bli sett i sammenheng med strategier for å bosette og booppfølge særlig personer med rusvansker.

Behov for psykiatriske tjenester

I Nesodden kommune var det i 2004 30 personer som hadde behov for heldøgns tilsyn. De fleste var menn. Et fåtall var eldre mennesker. Mange av dem var unge.

Nesodden kommune opplever at det er stor bevegelse i de unge vanskeligstilte, med psykiatriske vansker. Mange ruser seg. Nærheten til Oslo gjør at mange reiser til Oslo, men mange vender også tilbake til Nesodden. En utfordring blir å fange de unge opp før det har gått for langt. Dette opplever sentrale personer i bolig, sosial og pleie- og omsorgsetatene i Nesodden kommune at er sentrale utfordringer for kommunen fremover, også av stor relevans for bolig- og booppfølgingsarbeidet innenfor psykiatrien. Denne gruppen er vanskelig å bosette. De er mer urolige og mer i bevegelse. Eldre utbrente psykiatriske pasienter med rusproblemer er lettere å bosette.

I Nesodden kommune har en søkt å definere de udekkede behovene innenfor psykiatrien. I sin plan for det psykiske helsearbeidet i Nesodden kommune 2003 til 2006 er det beregnet at det i 1997 var mellom 100 og 400 voksne personer i Nesodden kommune som hadde et udekket behov for psykiatrisk hjemmesykepleier. Nesodden kommune har merket en økning i etterspørselen etter psykiatrisk hjemmesykepleie og psykisk helsearbeid de siste årene. I 2003 var det en merkbar økning i behovet for tjenester fra seksjonen for psykisk helsearbeid.

Å kartlegge behovet for bolig for personer med psykiske vansker med presisjon er vanskelig. En er avhengig av å gjøre beregninger gjort på bakgrunn av personer hjelpeapparatet allerede er i kontakt med eller vet på en eller annen måte.

I Nesodden kommune beregnet en ut fra dette at det i 2001 var et udekket behov for tilpasset bolig med bistand i større eller mindre grad til 23 personer. Av disse ble 10 vurdert å ha behov for bolig med heldøgns omsorg. Disse boligene, 8 leiligheter og 2 avlastningshybler, ble planlagt ferdig i 2005. I sin plan for det psykiske helsearbeidet i Nesodden kommune for 2003 til 2006 anslås det at Nesodden kommune har et udekket behov i forhold til boliger med tilstrekkelig bistand for personer med psykiske vansker. Kommunens seksjon for psykisk helsearbeid kjenner til 10 personer som har behov for bolig med heldøgns bemanning. Om lag 13 andre hadde behov for bolig med bistand i ulik grad. Dette bygger på en kartlegging fra 2001.

Organisering av det psykiske helsearbeidet i Nesodden kommune

Psykisk helsearbeid ingen særomsorg

I Nesodden kommune er ikke det psykiske helsearbeidet organisert som en egen særomsorg, men inngår i ulike avdelingers arbeidsfelt. Dette dreier seg om sosialavdelingen, helseavdelingen, pleie- og omsorgsavdelingen og skole og oppvekst. En egen seksjon for psykisk helsearbeid er plassert i pleie- og omsorgsavdelingen og denne har ansvaret for å tilrettelegge tjenester for unge voksne innenfor områder som dag og aktivitetstilbud, psykiatrisk hjemmesykepleie, fagutvikling og planlegging av Nesoddtangen gård og bofellesskap.

Bosetting av innvandrere med traumer

Innenfor sosialavdelingen har en blant annet arbeidet med å bosette innvandrere med traumer. Seksjonen har bosatt 70 innvandrere i løpet av de tre årene som går forut for planen for psykisk helsearbeid 2003 til 2006, som er ajourført august 2003. Som et resultat av traumer og undertrykte følelser som følge av ikke bearbejdede opplevelser, har det vært nødvendig i Nesodden kommune å etablere en uttrykksgruppe for innvandrerkvinner i samarbeid med et asylmottak, Sandvold asylmottak. Denne tjenesten kjøpes av private.

Bosetting av personer etter lang tid i behandlingsinstitusjoner

Seksjonen innenfor sosialavdelingen har medvirket til bosetting av personer som har oppholdt seg i behandlingsinstitusjon i mange år. I noen tilfeller er det behov for i tillegg til medisinsk behandling og støttesamtaler, å gi varig hjelp til etablering og vedlikehold av kontakt med naboer og venner for å kunne bo hjemme. Denne tjenesten har ikke Nesodden kommune tilgang til. Dette kan medføre ytterligere innleggelse i institusjon (Plan for psykisk helsearbeid i Nesodden kommune 2003 til 2006).

Innenfor pleie- og omsorgsavdelingen har Nesodden kommune en målsetting om å ha et tilbud av profesjonelle tjenester innenfor pleie og omsorg til de av kommunens innbyggerer som har et definert behov for det, som det heter i Plan for psykisk helsearbeid i Nesodden kommune 2003 til 2006. Tjenesten skal dekke behovet for nødvendig helsehjelp, praktisk bistand og opplæring innenfor avdelingens ansvarsområder i henhold til lovverket.

Fire programområder for tjenestene og deres organisering

Tjenestene er inndelt i fire programområder.

- ***Institusjonsomsorg.***
- ***Hjemmebaserte tjenester.***
- ***Bolig med bistand.***
- ***Administrative ansvarsområder.***

Pleie og omsorgsavdelingen er organisert med 10 seksjoner. Av disse er det særlig seksjon hjemmesykepleie, seksjon for psykisk helsearbeid, seksjon for hjemmehjelp og seksjonene på sykehjemmene som betjener målgruppen.

Innenfor seksjonen for hjemmehjelp er en inntil mange av brukerne med en psykiatrisk grunnlidelse. Dette handler i stor grad om praktisk bistand og opplæring. Noen av brukerne har kontakt med en psykiatrisk sykepleier i tillegg, mens andre kun får hjelp fra hjemmehjelpstjenesten.

Seksjonen for hjemmesykepleie betjener mange brukere med psykiske lidelser i Nesodden kommune. Dette gjelder både som eneste diagnose og som tilleggsproblematikk. Hjemmesykepleien gir nødvendig helsehjelp blant annet i forhold til medisiner, personlig stell med videre. Flere av de som benytter seg av hjemmesykepleier er også i kontakt med psykiatrisk sykepleier.

Seksjonen for psykisk helsearbeid har som mål å bistå personer med psykiske lidelser i forhold til mestring av hverdagen og økning av livskvalitet. Tjenesten retter seg mot voksne mennesker over 18 år som har psykiske lidelser som er til hinder for normal livsutfoldelse. Personer som mer midlertidig befinner seg i en livskrise kan i samarbeid med fastlegen motta eventuelle andre tilbud. Seksjonen har ansvaret for utvikling av prosjektet Nesoddtangen gård og bofellesskap. Dette er et velferds- og botiltak rettet mot personer med psykiske vansker i

Nesodden kommune og fungerer blant annet som møteplass med kafe med videre. Her kan den enkelte treffe likesinnede og bety noe for hverandre sosialt. Dette vil også kunne stimulere mestringsfølelsen hos den enkelte.

Eldre mennesker med psykiske lidelser

Eldre mennesker over 67 år med psykiske lidelser har i likhet med andre mulighet for å søke om sykehjemsplass og avlastning. Selv om mange av de tydeligste symptomene på psykiske plager blir litt mer utydelige hos eldre, vil de ofte ha behov for pleie og omsorg. Det arbeides derfor i Nesodden kommune for å etablere en egen avdeling for psykogeriatriske pasienter. Yngre med behov for avlastning eller periodevis behov for utvidet omsorg, har anledning til å søke på en av kommunens sykehjemsplasser. Dette må vurderes nøye i hvert tilfelle. For yngre mennesker er dette ikke noe godt alternativ. Nesodden kommune har ikke tilstrekkelig med omsorgsboliger. Nesoddtunet bo- og servicesenter er eneste alternativ for kommunen når personer har behov for heldøgns omsorg. I august 2003 var det tre yngre brukere som hadde avlastning eller fastplass på sykehjemsavdelingen. Det arbeides med å få etablert flere omsorgsboliger for eldre på Nesodden.

Kontakt med andrelinjetjenesten

I Nesodden kommune får Seksjon for psykisk helsearbeid melding når personer skrives ut fra psykiatrisk sykehus eller institusjon. Det er imidlertid lang avstand geografisk til andrelinjetjenesten i kommunen, noe som har ført til mindre bruk av andrelinjetjenesten i seg selv. Nesodden kommune er derfor en underforbruker av psykiatriske andrelinjetjenester.

Fordeling av tjenester

Det tverrfaglige tildelingsteamet i Nesodden kommune tar seg så av spørsmålet om fordeling og tildeling av tjenester. Det er boligkontoret som tar seg av spørsmålet om fordeling av boliger og med det bosetting av personer med psykiske vansker. Samtidig er det pleie- og omsorgsavdelingen som tar seg av tjenesteoppfølgingen. Det legges opp til en totaloppfølging og i dette er pleie og omsorgsavdelingen helt sentral. Totaloppfølging er samtidig en stor utfordring. Her er både boligavdelingen i kommunen, pleie- og omsorgsavdelingen og sosialseksjonen involvert. Sosialtjenesten kommer med i de tilfellene det handler om rusproblemer i tillegg.

I mange tilfeller lages det også en individuell plan. Mange av de som bosettes og følges opp i boligen har lange sykehistorier.

Omsorgs- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte i Nesodden kommune

I Nesodden kommune tilbys ulike tjenester i hjemmet for personer med psykiske vansker. Disse tjenestene skal være tilpasset behovet.

- ***Hjemmehjelp***, dette er praktisk hjelp i hjemmet. Hyppigheten varierer avhengig av behovet. Unge kan for eksempel få slik hjelp en gang i uken. En er 2 sammen fra kommunenes side.
- ***Samtale***, som innebærer at kommunen reiser hjem til den enkelte og samtaler. Mange savner kontakt.
- ***Hjemmesykepleie***, utføres av seksjon for psykisk helsevern. Disse gir injeksjon, bestiller lege, henter medisiner, og reiser rundt å medisinerer.

Disse tjenestene tilbys psykisk vanskeligstilte i en bosituasjon uavhengig av om den enkelte bor i kommunal omsorgsbolig eller egen eid bolig.

Boligtilbudet rettet mot personer med psykiske vansker i Nesodden kommune

Boligbygging

Boligbygging er helt sentralt innenfor Opptappingsplanen for psykisk helse. I Nesodden kommune er det i seksjonen for psykisk helsearbeid pr august 2003 om lag 70 brukere som er registrert. Av disse kvalifiserer om lag 23 for en eller annen form for botilbud med faglig oppfølging og minst 10 av disse kvalifiserer for et botilbud i et døgnbemannet fellesskap.

Helt tilbake til 2002 vedtok Nesodden kommune å søke Husbanken om lån og tilskudd for bygging av 11 boliger i et bofellesskap for personer med psykiske lidelser. Realisering var helt avhengig av at kommunen selv bidro finansielt. Pleie- og omsorgsavdelingen i kommunen hadde et konkret ønske om beliggenhet. Prosjektet var ment å inneholde 9 leiligheter, 1 leilighet til personalbase samt 2 hybler i tilknytning til avlastning.

Det ble særlig lagt stor vekt på lokaliseringen. Dette ble ansett som viktig i forhold til beboernes muligheter for et ordinært samfunnsnivå og nærhet til pleie- og omsorgsavdelingens administrasjon, seksjon for psykisk helsearbeid og det planlagte aktivitetssenteret på Nesoddtangen Gård. Prosjektet ble ferdigstilt 2005.

Psykisk vanskeligstilte som oppsøker sosialkontoret og bolig

En del av de psykiatrisk vanskeligstilte som oppsøker sosialkontoret i Nesodden kommune for å få hjelp, mangler en bolig. Men det er for få boliger, slik dette oppleves i Nesodden kommune. Det er derfor stort behov for å bygge boliger for personer med psykiske vansker i Nesodden kommune. Særlig gjelder dette for personer med komplekse vansker. Kommunen er imidlertid i gang nå med å bygge boliger tilpasset personer med psykiske vansker.

Nesodden eier 100 kommunale boliger. I Nesodden kommune ser en en økende andel med psykiske vansker blant de som søker bolig. I tillegg har kommunen tildelingsrett til 90 trygdeboliger som er lavinnskuddsboliger i Follo boligbyggelag. Disse er spredt over hele Nesodden kommune. Kommunen har også Håkontoppen omsorgsboliger for psykisk utviklingshemmede og personer med psykiske vansker. Omsorgsboligene administreres av Pleie- og omsorgsavdelingen.

Follo boligbyggelag ferdigstilte et nytt borettslag våren 2005, Munken. Her har kommunen tildelingsrett til 10 boliger. Nesodden kommune har også søkt om omsorgsboligtilskudd til 10 enheter til voksne autister. Et problem er at autisme ikke faller innenfor de tiltak som får penger fra Opptappingsplanen og kommunen har fått avslag fra Husbanken/Fylkeslegen Oslo og Akershus.

Finansiering av bolig og booppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker i Nesodden kommune

Nesodden kommune finansierer flere av sine bolig- og booppfølgingstiltak med midler fra Opptrappingsplanen. Kommunen er imidlertid veldig opptatt av de sammensatte vanskene, særlig tilfeller med både rus og psykiatri. De fleste rusmisbrukerne har også vansker i forhold til psykiatri. Nesodden kommune har derfor fått midler til å bygge 6 boliger fra Opptrappingsplanen for å bygge boliger til personer med sammensatte vansker, rus og psykiatri hvor rusen dominerer disse personenes liv. Disse boligene er under planlegging.

Opptrappingsplanen gir imidlertid lite til drift av rusboliger. Kommunen føler at de har behov for mer midler. Kommunene får også lite tjenester fra andrelinjetjenesten. Mens behovene oppleves som større og større, er ikke kommunens økonomi dimensjonert i forhold til nedbyggingen som har funnet sted sentralt.

Kommunen føler seg usikker på finansieringen videre etter Opptrappingsperiodens avslutning. Hvis ikke midlene går inn i rammebevilgningen, vil kommunen ha problemer med å opprettholde og utvikle tjenestetilbudet.

Utfordringer innenfor arbeidet med omsorgs- og oppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker i Nesodden kommune

Sammensatte vansker

I Nesodden kommune har en koblet booppfølging av personer med psykiske vansker tett til spørsmålet om sammensatte vansker. Dette gjelder særlig i forhold til rus og psykiatri i kombinasjon. Det er også her kommunen ser noen av sine største utfordringer på dette området. Dette handler i første rekke om å få knappe midler til å strekke til og drifting videre.

Organisering

Noe opplever kommunen at de kan hente inn på organisering. Dette gjelder særlig i forhold til en bedre samordning av tjenestene. Viktig her vil være en bedre samordning av rusforebygging og psykiatrisk helsearbeid. Kommunen har da også gode erfaringer med samordning og samarbeid. Det samme gjelder i forhold til bedre veiledning og informasjon i forhold til arbeidet med psykisk vanskeligstilte. Kommunene har her etablert et servicesenter, der en kan ringe og spørre om ulike saker. Viktig er det også å igangsette et ressursenter. I kommunen er det et privat drevet senter der psykiatere, psykologer og uttrykksterapeuter samarbeider i en felles klinikk.

Mange med store vansker

Særlig i forhold til de med de tyngste belastningene er det mange med betydelige problemer i kommunen. Disse vil også ha vansker i forhold til andre levekårsforhold, som inntekt, arbeid, venner, med videre. Avhengig av totalsituasjonen vil mange slite med å skaffe seg en bolig.

Seksjon for psykisk helsearbeid opplever i dag å måtte prioritere strengt tjenesteyting i forhold til nødvendig helsehjelp når det gjelder behov for psykiatrisk sykepleie til gruppen med alvorlige og moderate psykiske lidelser. Det er ikke ressurser til å prioritere gruppen med moderate og lettere psykiske lidelser. Dette er uheldig i et forebyggende perspektiv.

I Nesodden kommune er det en utfordring knyttet både til de med stort oppfølgingsbehov og i forhold til nabolag.

En annen gruppe er også psykiatiske syke som er i fengsel. Kommunen har ikke erfaring for at Kriminalomsorg i frihet fungerer i forhold til denne gruppen. Det eksisterer ikke noe ettervern når personer med psykiske vansker kommer ut fra fengsel. Personer kan løslates fra fengsel, uten at bosituasjonen er sikret. Dette gjelder i mindre grad i forhold til psykiatiske sykehus.

Mangel på boliger

I Nesodden kommune opplever en at mangel på boliger er en utfordring. Nesodden kommune har fått flere boliger i porteføljen, men klarer ikke å holde følge med boligbehovet. Dette gjelder både i forhold til personer med psykiske vansker, og psykiske vansker i kombinasjon med rus, dårlig økonomi og annet.

Mange bor også alene med hjelpebehov, men får for lite hjelp. Personale bør også være mer tilgjengelig. I forhold til organisasjonsmodellen kan det dessuten være utfordringer i forhold til det å fange opp de små ting.

Åpenhet er viktig

Mer åpenhet er etterspurt. I mange tilfeller vet hjemmehjelpstjenesten lite om de personene de skal til. Det skjer en profesjonalisering av førstelinjetjenesten. Det oppleves som helt sentralt med informasjon rundt de personene en er involvert i. Det oppleves en rigiditet rundt hva en har lov å si om de personene en besøker. Dette vanskeliggjør en smidig tjenestetilpasning. Nesodden kommune tilstreber fleksibilitet, men det beror blant annet på ledig kapasitet, og det er en mangelvare. Målet er å gi optimal hjelp.

Behov for flere omsorgsboliger og mer oppfølging

I Nesodden kommune opplever en som følge av det økende trykket fra psykiatiske pasienter, et behov for flere omsorgsboliger og mer oppfølging. Og kommunen bygger flere omsorgsboliger. Kommunen sliter imidlertid med å gi de som tildeles disse boligene tilstrekkelig oppfølging. Sentrale personer i kommunens boligsosiale arbeid opplever det slik at kommunen ikke enn så lenge har hatt noen mulighet til å bygge opp en psykiatritjeneste som tangerer en institusjonstjeneste. Dette krever ressurser kommunen ikke disponerer verken i form av personell, kompetanse, boliger og ikke minst økonomiske ressurser til å holde tjenesten i gang.

Det som er spesielt for Nesodden kommune er at deknningen i andrelinjetjenesten er svakere enn på vestsiden i Akershus. Dette gjelder også i forhold til psykologer.

Hjemmesykepleien blir her helt sentral i organiseringen av tjenester for psykisk vanskeligstilte. Mange pasienter har en imidlertid store vansker med å nå frem hos. Det kan være mange grunner til det. Mange er rett og slett ikke behandlingsmotivert eller har manglende behandlingspotensiale. Selv om disse er kommunens ansvar, blir disse ofte sendt rundt i systemet. I mange tilfeller vil det også være et problem å bosette psykisk vanskeligstilte. Dette handler både om tilgang til boliger, men også om naboproblematikk.

I mange situasjoner kan den såkalte tredje sektoren være viktig. Dette er private organisasjoner som administrerer hjelp. I Nesodden kommune er denne sektoren fraværende. Røde kors har en besøkstjeneste, men det er nesten alt.

Det er også få offentlige møteplasser i den landlige kommunen.

Oppsummerende merknader

Nesodden kommune er i en litt spesiell situasjon. Kommunen er både svært sentral og tett på Oslo, men allikevel langt fra den fylkessentrale andrelinjetjenesten. Kommunen opplever derfor en kombinasjon av tunge sammensatte vansker og samtidig at de i stor grad må stå helt på egne ben i oppfølgingen av tungt psykisk vanskeligstilte. Dette er en stor utfordring for kommunen.

Slik dette kommer til uttrykk i målsettinger og arbeid tar Nesodden kommune utfordringene i Opptrappingsplanen på alvor. De er tydelige på målet om å søke en tilfredsstillende bolig med tilstrekkelig bistand for personer med psykiske vansker. Kommunen har valgt å integrere arbeidet med oppfølging i de ulike delene av organisasjonen og i mindre grad etablere noen særorganisasjon for denne gruppen.

Selv om kommunen har etablert flere boligprosjekter for personer med psykiske vansker og arbeider seriøst og systematisk i forhold til booppfølging, opplever de at de ikke har klart å bygge seg opp lokalt like fort som tjenesteapparatet sentralt har blitt nedbygget. Dette handler både om penger, men også om ressurser i form av personell og kompetanse. Kommunen mangler både boliger og kompetente og forsvarlige oppfølgingstjenester. En opplever i kommunen at behovet for bolig tjenester blir større, samtidig som kommunens økonomi ikke er dimensjonert i forhold til nedbyggingen sentralt.

For å kunne videreføre arbeidet kommunen er i gang med, er en helt avhengig av at rammebevilgningene til kommunen etter Opptrappingsplanens slutt, tar høyde for utgifter til drift og videre utbygging av bolig- og booppfølgingstjenestene.

7. Bolig og omsorgs- og oppfølgingstjenester for psykisk vanskeligstilte i Trondheim kommune

Trondheim er med sine vel 152 000 innbyggere Norges tredje største by. Byen har et stort forsknings- og undervisningsmiljø og servicenæringen er i dag den drivende næringen i kommunen.

Kommunens psykiatrilasser

På det psykiatriske feltet utarbeidet Sør-Trøndelag psykiatriske sykehus og Trondheim kommune allerede i 1997 en felles psykiatriplan ved navnet ”Mestring og livskvalitet”. Dette samarbeidet startet i 1994 og ”*kom i stand som følge av en felles erkjennelse av at den flerfaglige og tverretatlige innsatsen i det psykiske helsevernet i Trondheim krever en større grad av samordning og kvalitetssikring*”, som det heter i Trondheim kommunes Psykiatriplan 2002 til 2006, (side 4). I løpet av den felles psykiatriplanen som løp ut 2001, skjedde det en rekke endringer innenfor det psykiske helsearbeidet. I den nye planen som legges frem er det tatt hensyn til at Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag HF er blitt et statlig foretak. Det er dessuten utarbeidet en ny struktur for det psykiske helsevernet samtidig som de statlige føringene og målsettingene for Opptappingsplanen for psykisk helse er ivaretatt.

Trondheim kommunes psykiatriplan for 2002 til 2006, tar utgangspunkt i ”*et mål om å legge større vekt på en samfunnsutvikling hvor kulturelle og menneskelige verdier, desentralisering, familie og nærmiljø og mer rettferdig fordeling står sentralt*”, som det heter i Trondheim kommunes psykiatriplan for 2002 til 2006 (side 9). I Stortingets vedtak under behandling av St.prp.nr. 63 (1997-98) Opptappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006, var en sentral forutsetning nettopp at tjenestetilbudet skulle styrkes betydelig de nærmeste 8 årene.

Trondheim kommune har også i gang et prosjekt kalt ”*Psykisatri 2000*”. Dette er et utviklingsprosjekt i Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag, PHST-HF. Arbeidet her er forankret i utviklingsplan for psykiatrien i Sør-Trøndelag og den statlige Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.

Økonomisk ramme

Innenfor en forventet ramme på om lag 100 mill. kr i økte driftsmidler gjennomføres det en kapasitets- og kvalitetsheving av det psykiske helsevernet. Det er planlagt nyinvesteringer for om lag en milliard kroner. I tråd med disse store satsingene skjer det også en utbygging av de distriktpsikiatriske sentra (DPS).

Mål for omsorgs- og oppfølgingstjenestene i bosituasjonen

Trondheim kommune har utarbeidet en egen psykiatriplan for perioden 2002 til 2006. I denne kommer sentrale mål innenfor omsorgs- og oppfølgingsarbeidet til uttrykk. Generelt heter det i planen (Trondheim kommune, psykiatriplanen 2002 til 2006, side 21) at en ”*vellykket behandling skal ivareta individets uavhengighet, selvstendighet og styrke dets mestringsevne*”.

Blant annet heter det at Trondheim kommune skal arbeide for:

- *Nye botilbud.*
- *Styrking av hjemmebaserte tjenester.*
- *Dagsentra og andre aktivitetstilbud til flere.*

(Kilde: Trondheim kommune, psykiatriplanen 2002 til 2006, side 11).

Målsettinger i psykiatriplanen 2002 til 2006.

Videre heter det i psykiatriplanen at kommunen skal:

- *Prioritere forebyggende psykisk helsearbeid gjennom tilrettelegging av ulike tilbud, slik at den enkelte innbygger i størst mulig grad kan mestre egen livssituasjon, og være mest mulig selvhjulpen.*
- *Personer med psykiske lidelser skal få rask tilgang til behandling, slik at kroniske tilstander i størst mulig grad kan reduseres.*
- *Trondheim kommune skal sikre at personer som har kroniske alvorlige psykiske lidelser får et tilfredsstillende bo- og omsorgstilbud.*
- *Trondheim kommune skal etablere inntil 80 nye boliger for målgruppen i planperioden.*

(Kilde: Trondheim kommune, psykiatriplanen 2002 til 2006, side 26).

Strategier

For å nå disse målene skal Trondheim kommune blant annet:

- *Legge til rette for at personer som opplever akutte psykiske traumer og eller forvirringstilstander sikres rask tilgang til behandling og rehabilitering. Personer som har symptomer på en begynnende psykisk tilstand skal prioriteres for behandling.*
- *Legge til rette for at personer med psykiske lidelser sikres en aktiv og meningsfull hverdag.*
- *Legge til rette for at personer med psykiske lidelser skal få individuelt tilpasset bolig.*
- *La brukermedvirkning prege utformingen av tjenestetilbudet.*

(Kilde: Trondheim kommune, psykiatriplanen 2002 til 2006, side 26).

Behov for psykiatriske tjenester

I Trondheim forventes det en økning i alderspsykiatriske lidelser, rusproblemer, traumer og psykiske lidelser hos flyktninger og innvandrere. Det er også en klart økende tendens til mer angst og depresjon, og da spesielt i sammenheng med eksistensielle livskriser.

Generelt rammer de mest utbredte lidelsene en stor andel av befolkningen. Med tall fra Trondheim kommune, psykiatriplanen 2002 til 2006, (side 22) ser vi at depresjon rammer 25 til 30 prosent av kvinner og 15 til 20 prosent av menn. Rusavhengighet rammer 10 til 15 prosent av befolkningen og angstlidelser rammer over 10 prosent av befolkningen. De mer alvorlige lidelsene som kan diagnostiseres som schizofreni rammer om lag 1 prosent av befolkningen, men er allikevel en svært tung gruppe innenfor psykiatrien i det den er svært

ressurskrevende. Gruppen alene trekker 50 prosent av ressursene i voksenpsykiatrien, som igjen benyttes til diagnostisering og behandling.

I den felles psykiatriplanen for 1998 til 2001 ble utskrivningsklare pasienter som ventet på et kommunalt tilbud prioritert. Antallet langstidsinnlagte utskrivningsklare pasienter ble da også redusert fra om lag 45 til 15 i løpet av disse fire årene (Kilde: Psykiatriplanen 2002 til 2006, side 24). Det ble etablert alternative kommunale boligtyper tilpasset målgruppen og flere brukere fikk tilbud om heldøgns omsorgstjenester. Ved oppstarten av perioden for psykiatriplanen 2002 til 2006 ble det registrert om lag 40 personer med psykiske lidelser blant søkere til kommunale boliger.

I dag regner en med at det i Trondheim er et boligbehov på 100 boliger for personer med psykiske vansker. Disse er anslått å ha en årlig snittkostnad på kroner 350 000,- i oppfølgingskostnader. Meningen er blant annet å flytte 40 personer ut fra institusjoner og inn i egne boliger.

Organisering av det psykiske helsearbeidet i Trondheim kommune

Som det heter i Trondheim kommune, psykiatriplanen 2002 til 2006 så lever de fleste personer med psykiske lidelser utenfor institusjon. I økende grad vil hjelp og behandling for psykiske lidelser være tilgjengelig i kommunene, da med bidrag fra spesialisthelsetjenesten. Gitt et behov for å bygge opp spisskompetanse i kommunene for behandling av komplekse tilstander, vil det være et behov for å sentralisere enkelte behandlingsoppgaver. Dette kan skje både innenfor første og andrelinjetjenesten.

En er i psykiatriplanen for 2002 til 2006 veldig klar på at det psykiske helsevernet må endre arbeidsformer ved blant annet å utvikle kompetanse på samhandling og koordinering med kommunehelsetjenesten (Trondheim kommune, psykiatriplanen 2002 til 2006, side 21). Der heter det blant annet at en *”utbygging av kommunehelsetjenesten vil kunne redusere behovet for tiltak i spesialisthelsetjenesten”* (Trondheim kommune, psykiatriplanen 2002 til 2006, side 21).

Booppfølging som en egen tjeneste

Psykiatrien i Trondheim kommune er ikke organisert som en særomsorg i egentlig forstand. Trondheim har imidlertid reorganisert booppfølgingen i en egen tjeneste. Denne er rettet mot de som har behov for hjelp i en bosituasjon. Denne er rettet eksplisitt mot booppfølging og omfatter både rus og psykiatri. Alt fra de lettere til de tyngre vanskene er inkludert i dette.

Alle de andre tjenestene som foregår utenfor og overfor boligen, som rehabilitering etc, er organisert som en del av de enkelte tilbudene. Oppfølging av personer med psykiske vansker er integrert i de ulike tjenesteområdene.

Ansvar for å følge opp i boligen er imidlertid skilt organisatorisk fra andre områder av den psykisk vanskeligstiltes livssituasjon. Dette gjelder for eksempel i forhold til rehabilitering for sysselsetting.

Oppfølgingsarbeidet

Når det gjelder oppfølgingsarbeidet av personer med alvorlige psykiske lidelser ble enhet for psykisk helsearbeid opprettet i 2001. Denne består av blant annet psykiatrisk sykepleietjeneste, boveiledere, 3 treffsteder/lavterskeltilbud og Flyktningeteam. Personalgruppen omfatter blant annet sykepleiere, ergoterapeuter, sosionomer, vernepleiere, helsesøster og hjelpepleier. De fleste av disse har utdanning i psykiatri.

Mange benytter tjenestene til psykiatrisk sykepleietjeneste over lang tid. Til en hver tid antar en at det er om lag 1 000 brukere inne. Hvor tett samtaler og oppfølgingen er varierer imidlertid.

Omsorgs- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte i Trondheim

Trondheim kommune har organisert oppfølging av den psykisk syke i bosituasjonen i en egen enhet. Her formidles alle de ulike tjenestene som den psykisk syke har behov for i en enhet. Andre tjenester knyttet til rehabilitering utenfor boligen er knyttet til det respektive tjenesteområdet. Kommunen jobber aktivt i forhold til ulike sysselsettingsgrupper, aktivitetssenter, skoggruppe som jobber med ved, med videre. Dette er vernede aktiviteter med formål å rehabilitere. Dette er kostnadskrevenne aktiviteter i mange tilfeller, men oppleves svært nyttig og meningsbærende for de psykisk vanskeligstilte.

Lavterskeltilbud

Trondheim kommune har tre lavterskeltilbud for personer med psykiske vansker. Disse er langt til bydelene Heimdal, Sentrum/Byåsen og Strinda. Disse har til sammen en personalressurs på om lag 12 årsverk. Det er et behov for utvidete åpningstider og individuell oppfølging.

Det er store variasjoner i funksjonsnivået blant brukerne av dagsentrene. Treffstedene er ment som lavterskeltilbud for hjemmeboende brukere med psykiske lidelser. Det stilles ingen krav til brukerne om deltakelse i ulike aktiviteter. Hensikten er å legge til rette for aktiviteter og styrke selvbildet til brukerne. Dette er ment å bidra til trygghet i kontakt med andre mennesker og nye omgivelser. Treffstedene har ulike tilbud knyttet til fysiske aktiviteter, turer, kunst/kreativitet, matlaging, kurs etc.

Trondheim kommune har gode erfaringer med slike treffsteder i et rehabiliteringsperspektiv. For mange brukere kan dette ofte være et første trinn i en tiltakskjede som videre kan resultere i mer markert rehabilitering for eksempel til arbeidslivet. For andre blir dette den eneste arenaen for sosial kontakt og aktiviteter. For kommunen anses det som en utfordring at treffstedene tilrettelegges slik at de ivaretar den enkelte brukers behov med hensyn til sosial kontakt med andre og videreutvikling i retning av rehabilitering.

Aktivitetssentrene er ment å legge til rette for brukermidvirkning og være en vekstarena for at brukerne skal bli i stand til å mestre sin egen hverdag.

Trondheim kommune har også etablert dagsentre. Disse har hovedansvaret for personer som vurderes å ha et behov for varig bistand i et sysselsettingsforhold, enten i egen regi eller ved å tilrettelegge eksterne tiltak. Dagsentrene har tidligere primært vært rettet mot personer med psykisk utviklingshemming, men er nå ment å også inkludere brukere med psykiske lidelser.

Boligtilbudet rettet mot personer med psykiske vansker i Trondheim

På området bolig var hovedmålet med den felles psykiatriplanen for perioden 1998 til 2001 å tilby kommunale bo- og omsorgstjenester til utskrivningsklare langtidspasienter innenfor psykiske helsevern. I løpet av den perioden fikk kommunen også 21 langtidsinnlagte men utskrivningsklare brukere inn i et kommunalt bo- og omsorgstilbud.

Mange brukere har også flyttet inn i ”ordinære” kommunale boliger, samt nye boliger som er bygd for målgruppen (6 leiligheter i Erl. Skakkes gate og 8 leiligheter ved stiftelsen kong Carl Johan). Det ble ved iverksettelsen av psykiatriplanen for perioden 2002 til 2006 registrert om lag 15 brukere innenfor psykisk helsevern som fortsatt ventet på et omfattende bo- og omsorgstilbud og det er registrert om lag et samme antall som har behov for annen bolig.

Oppnådde resultater i perioden 1998 til 2001

I forhold til pleie og omsorg for personer med psykiske vansker i en bosituasjon hadde en i løpet av den første psykiatriplanperioden 1998 til 2001 oppnådd følgende resultater:

- 21 langtidsinnlagte pasienter hadde mottatt et kommunalt heldøgns omsorgstilbud i omsorgsbolig.
- Det ble etablert 4 lavterskeltilbud.
- Det ble delvis utredet hvilke boligtyper som skal realiseres for målgruppen.
- Det ble foreslått å styrke psykisk sykepleietjeneste inkludert hjemmetjenestene med 14 årsverk.

Egen bolig blir vurdert som et sentralt virkemiddel for å oppnå et selvstendig liv, sosial samhandling og en mest mulig normalisert hverdag. Det fremheves i Psykiatriplanen at skal tiltak og tjenester oppleves som gode for den enkelte bruker, må en ta utgangspunkt i deres individuelle funksjonsnivå og spesielle behov. For mennesker med psykiske lidelser vil imidlertid boligbehovet variere og kommunen ser derfor et behov for å ha tilgang til ulike boliger både hva gjelder størrelse, utforming, beliggenhet og boform. For noen er det tilstrekkelig for å fungere i egen bolig at de får hjemmebaserte tjenester, for andre vil bolig i et bofellesskap med personale døgnet rundt være nødvendig. Boligbehovet vil også kunne variere for den enkelte over tid.

Ulike typer boliger

Generelt kan en skille mellom fire ulike typer bolig for personer med psykiske vansker:

1. Kommunal utleiebolig, trygdebolig/omsorgsbolig.

Den kommunale utleieboligen er en bolig som leies ut til personer som av økonomiske eller helsemessige årsaker ikke kan skaffe seg tilfredsstillende bolig på egen hånd. Omsorgsboligen er en mer spesielt tilrettelagt bolig hvor beboerne etter behov kan motta hjelp, også heldøgns.

2. Bofellesskap.

Et bofellesskap er et hus eller leilighet med flere selvstendige boliger i ulik størrelse. I bofellesskapet kan det være tilgjengelig personale et avtalt tidspunkt i uken. Bofellesskapet inneholder også vanligvis et fellesareal for beboerne.

Bofellesskap er ment som en boform for de som ikke mestrer å bo i et ordinært boligmarked og som har behov for støtte fra et fellesskap. Trondheim kommune har imidlertid ikke ønske om å etablere bofellesskap og prioriterer i stede selvstendige boliger med tilgang til et fellesareal.

3. Bokollektiv

Bokollektiv er ikke så ulikt bofellesskap, men boenhetene er mindre hybler eller rom, og ikke leiligheter. Trondheim ønsker heller ikke å satse på denne boformen da de opplever at den kan assosieres med institusjoner.

4. Samlokaliserte boliger.

Samlokaliserte boliger kan være fra to til flere boliger i vanlige blokker eller flermannsboliger. Disse kan enten være eid av kommunen, private eller borettslag, eller være enkeltleiligheter tilknyttet et bestemt boligområde. I tilknytning til de samlokaliserte boligene kan det være en fellesleilighet eller kontor for tjenesteyterne. Det er et mål at tjenestetilbudet skal være utformet slik at det fremmer samhandling og fellesskap samt at det bør være tilgjengelig både dag og kveld.

Det er antatt at det å bo i en samlokalisert bolig gir større rom for selvstendighet. Boligen er en del av det ordinære boligmarkedet, men er i nærheten av en tjenesteyter.

Trondheim kommune prioriterer samlokaliserte boliger. Det er et mål at kommunen i løpet av planperiodens utløp i 2006 skal ha etablert et differensiert botilbud for 80 til 100 personer med psykiske vansker. Beliggenheten er også ment å skulle fremme samhandling med andre.

Aktuelle boligprosjekter i Trondheim kommune for personer med psykiske vansker

Trondheim har flere prosjekter på gang i forhold til bolig for personer med psykiske vansker. I psykiatriplanen 2002 til 2006 for Trondheim kommune leser vi blant annet:

1. **Prosjekter for unge schizofrene.** Her ble det blant annet vurdert å legge prosjektet til Svartlamoen/Reinaområdet. Det legges her opp til samlokaliserte boliger med flere boliger i nærheten av hverandre samt at dette skal være et område for unge i etableringsfasen.

Ved Svartlamoenprosjektet legges det stor vekt på det sosiale fellesskapet og på å integrere vanskeligstilte, blant annet ved alternative måter å drive tjenesteyting på.

2. **Samlokaliserte boliger i eksisterende omsorgsboliger** er også aktuelt for denne beboergruppen. Etablering av personalbase i nærheten er viktig også i denne sammenhengen.
3. **Trondheim kommune ser et behov for flere boliger til personer med psykiske vansker som trenger tettere oppfølging.** Her har kommunen erfaringer å bygge på, blant annet fra Kong Carl Johans Arbeidsstiftelse, Emilie Krogsvei 1 med videre, hvor tjenestetilbudet er tilpasset brukernes behov. Kommunen opplever en etterspørsel etter boliger med fellesareal og personalbase, som i Emilie Krogsvei. Denne boformen legger opp til at brukerne kan etablere vennskap og nettverk ved at nettopp flere bor i samme bolig.

4. Boliger inn under prosjekt bostedstedsløse.

Det er også etablert boligtiltak i Trondheim kommune i løpet av prosjektperioden for prosjekt bostedsløse som retter seg mot personer med kombinasjonsvansker rus/psykiatri.

Finansiering av bolig og booppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker i Trondheim

Alle boligtiltakene for psykisk vanskeligstilte i Trondheim er finansiert via Opptrappingsplanen. I 2005 fikk kommunen 60 mill. til drift og tiltak. Tilskudd og investeringstilskudd har finansiert det vesentligste av boligene. I tillegg kommer øremerkede tilskudd til ulike tiltak.

I den første psykiatriplanens første virkeår (1998) mottok Trondheim kommune 12.476 mill. kroner. Dette økte til 26.575 mill kroner i 2001. Den felles psykiatriplanen har et estimert behov for kommunale tiltak innenfor en ramme på 36.8 mill. kroner. I tillegg er det beregnet felleskostnader (fylkes- og kommunale) tilsvarende 13.6 mill. kroner for å etablere felles tiltak. Den første psykiatriplanen (1998 til 2001) beskrev tiltak for nærmere 24 mill kroner utover faktisk tildelt statlig ramme i planperioden (Trondheim kommune: Psykiatriplan 2002 – 2006, side 6).

Kommunen regner med at midlene fra Opptrappingsplanen videreføres i det ordinære rammetilskuddet etter Opptrappingsplanens slutt, det vil si i 2009.

Utfordringer innenfor arbeidet med omsorgs- og oppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker i Trondheim

Forpliktende samarbeid mellom tjenesteområder for å sikre videre oppfølging

Generelt har en felles psykiatriplan vært et viktig styringsdokument ved prioritering av tiltak innenfor det årlige statlige psykiatritilskuddet i Trondheim kommune. Slik det skisseres i psykiatriplanen for 2002 til 2006 må det, for å sikre et hensiktsmessig tjenestetilbud for den enkelte bruker, ”tilstrebes et forpliktende samarbeid mellom tjenesteområdene i kommunen, mellom kommune og fylkeskommune, statlige etater som arbeidskontor og trygdekontor samt helseforetak. Stikkord for den individuelle oppfølgingen vil være; brukermedvirkning, individuelle planer og bruk av hovedkontakter” (Trondheim kommune, Psykiatriplan 2002 – 2006, side 4).

Andrelinjetjenesten og ambulerende team

Kommunen jobber også tett på andrelinjetjenesten, DPS, og satset på samarbeid for å følge opp personer etter utflytting fra institusjon. I dette arbeidet har en etablert kontaktpersoner som booppfølgerne kan henvende seg til. Samarbeidet retter seg mot oppfølging av enkeltpersoner. Rundt hver person etableres det et team som kan tilkalles ved behov. Dette kales et ambulerende rehabiliteringsteam. Dette fellesteamet er etablert mellom kommunen og psykiatrien og kobler til seg behandlere på brukernes arenaer. Dette er ment å hindre akutte innleggelseser og slik virke både rehabiliterende og forebyggende.

De ambulerende teamene har pr i dag 4 årsverk, to fra andrelinjetjenesten og to fra kommunen. Dette driver oppfølging og kveldstjeneste, og jobber i forhold til de som bor i ordinære boliger. Tidligere er hjelp først og fremst gitt på dagtid, men det er også behov for bistand på kveld og i helger. Det ambulerende teamet er for øvrig etablert på statlige midler og det er en viktig utfordring for kommunen å videreføre dette arbeidet.

Behov for kompetanse i forhold til komplekse vansker

Trondheim kommune ser imidlertid stadig et behov for å bygge opp spisskompetanse for behandling av komplekse tilstander. Kommunen forventer og har allerede fått føling med en økning i problemområder som aldersdemens, rus og traumer i kombinasjon med psykiske vansker. Flyktninger og innvandrergupper er her en potensielt voksende gruppe.

For å øke smidigheten og tilpasningsmulighetene innenfor det psykiatriske helseapparatet er en av de største utfordringene å sikre brukerne av tjenestene muligheter for medvirkning, oversikt, plan og kontinuitet i tilbudet.

En annen utfordring er å bygge opp kompetent personale. Det tar tid å utdanne og kvalifisere. Det samme gjelder å bygge opp tiltak. Kommunen er derfor innen i en tidkrevende prosess, der mange brikker skal på plass før intensjonene i Opptappingsplanen er en realitet.

Oppsummerende merknader

Trondheim kommune var tidlig ute for å følge opp Opptappingsplanens intensjoner i sine egne psykiatriplaner. Kommunen er nå ved slutten av sin andre planperiode etter Opptappingsplanens iverksetting. Der blir det lagt stor vekt på desentralisering og styrking av tjenestetilbudet for personer med psykiske vansker. Så langt har kommunen også i stor grad klart å realisere sine mål og intensjoner i konkrete tiltak.

Bolig- og booppfølgingstjenestene er utbygget. En har prioritert individuelt tilpasset boliger basert på brukermedvirkning og selvhjelpenhet. En har ønsket å spille på lag med brukerne både i tjenesteutforming og ved valg av boligløsninger. Kommunen har i dette i stor grad prioritert samlokaliserte boliger, fremfor bofellesskap. En har ønsket å gi den enkelte en egen bolig, fremfor fellesløsninger.

For å supplere booppfølgingen har en også prioritert dagtilbudet, tilpasset den enkeltes behov og ønsker. Alt fra skogsarbeid til mindre fysisk krevende aktiviteter har vært satt i gang. Dette virker også rehabiliterende.

I dette arbeidet har kommunen valgt ikke å organisere psykiatritjenesten som en egen særomsorg i egentlig forstand, samtidig som booppfølgingen fungerer som en egen tjeneste.

For å kunne videreføre arbeidet håper kommunen på at midlene fra Opptappingsplanen videreføres i de ordinære overføringene til kommunen fra staten fra 2009.

8. Bolig og omsorgs- og oppfølgingstjenester for psykisk vanskeligstilte i Bergen kommune

Historien til Bergen kommunes psykiatrisatsing går på mange måter tilbake til 1995. Dette året begynte de første øremerkede midlene innen psykiatrien å komme. På dette tidspunktet hadde Bergen kommune 35 årsverk innenfor psykiatriske sykepleie. Gitt at en reform var i emning, bestemte Bergen kommune seg for å etablere en beslutningsdyktig organisasjon.

Tidlig kartlegging av et utvalg pasienter for hjemsending og bosetting

En av de første oppgavene en gikk i gang med å kartlegge et antall pasienter. Om lag 136 pasienter ble kartlagt. Disse var alle i institusjon, men aktuelle for hjemsending, eller utflytting fra institusjon. Hensikten var å se på den enkeltes behov og situasjon spesielt for så i neste omgang å utrede det beste boalternativet. Disse 136 var personer en antok ville være lettere å bosette og følge opp utenfor institusjon. Antall personer i psykiatriske institusjoner var langt større, men en valgte å arbeide med de som gav størst sannsynlighet for suksess først og satte slik en grense mot de mer omfattende behovene. Og en lyktes slik en håpet. I 2000 var det kun 2 igjen av disse opprinnelige 136. Hvilke boalternativer som ble valgt for den enkelte kunne imidlertid variere.

Av de 136 var det 52 eldre som hadde behov for pleie og som enten fikk plass i alders- eller sykehjem. De resterende 84 hadde behov for mer ordinære boliger med tilsyn. Tilsynsbehovet oversteg ikke et halvt årsverk for noen av disse.

Beslutningene til grunn for denne manøveren var basert på at fylket ønsket å frigjøre flest mulig institusjonsplasser. De som hadde minst behov for hjelp ble også antatt å ha størst glede av å flytte. Det var altså ikke den tyngste gruppen som ble valgt ut. En ønsket å lykkes eller måtte lykkes for i neste omgang å kunne henvise til vellykkede prosjekter. Slike referanser ble opplevd å være viktige i forhold til blant annet å få politikerne til å stå på i slike saker i denne.

Tidlige fasen av Opptrappingsplanens realisering i kommunen

Denne tidlige begynnelsen ble gjort mulig av Helseforetaket Bergen, som er statlig. Dette bidro finansielt til å finne de gode løsningene, for så at kommunen overtok et stadig større betalingsansvar etter hvert. Etter hvert så ble de nyetablerte botiltakene kommunalt drevet og finansiert.

Mål for omsorgs- og oppfølgingstjenestene i bosituasjonen

Utviklingsarbeidet i Bergen kommune har i vel åtte år gjennomført et felles utviklingsarbeid av lokalt baserte tjenester for personer med alvorlige psykiske lidelser i samarbeidet med Psykisk helsevern i Bergen. I utgangspunktet var hovedfokus på gode og tilrettelagte boligtilbud som kunne ”hjelp menneske til å leve selvstendige og selvvalgte liv”, som det heter i prosjektleder Audun Pedersens artikkel fra 2004 (Pedersen 2004, side 1). Senere har en rekke andre temaer også blitt inkludert i prosjektet, som nå også omfatter et ”utviklet tilrettelagte arbeidstilbud og tilgang til kunst- og kulturopplevelser og –aktiviteter” (Pedersen 2004, side 1).

Selve prosjektet ble startet i 1997. Utgangspunktet var å:

”skape gode livsvilkår for mennesker med alvorlige psykiske problemer, både i forhold til boform, meningsfulle aktiviteter og koordinerte hjelpetiltak” (Pedersen 2004, side 2).

Prosjektet var den første tiden spesielt rettet mot de mange psykiatriske pasientene fra Bergen som hadde langtidsopphold i psykiatriske institusjoner og som hadde behov for et tilrettelagt boligtilbud på kommunalt nivå. Det var med andre ord en hovedoppgave å skape nye og tilrettelagte botilbud for denne gruppen.

Strategier for arbeidet

Utviklingsarbeidet i Bergen bygger på faglige erfaringer og perspektiver knyttet til et dynamisk forhold til lokalmiljøet der arbeidet foregår og menneskene bor (Pedersen 2004, side 2). Arbeidet henter inspirasjon fra den såkalte **”Recovery filosofien”** knyttet til hva som bringer endring og utvikling hos mennesker som opplever psykiske vansker. Denne forskningen tar utgangspunkt i erfaringer fra brukere som har rehabilitert seg og forhold som var viktig i den enkeltes bedringsprosess (Pedersen 2004, side 2). Dette handler om en grunnleggende tro på det utviklingspotensialet som ligger i enhver bruker og innbygger, samt på mulighetene som ligger i samarbeidet mellom bruker og hjelper.

”Relasjonen mellom hjelper og bruker er viktigere enn spesifikke teknikker. Derfor er kompetanse, kontinuitet og engasjement fra hjelpernes sin side viktig, og at all organisering av tjenester støtter opp om denne relasjonsbyggingen.” (Pedersen 2004, side 2.)

Det legges derfor stor vekt på det som kalles *”det emosjonelle klimaet”* rundt det enkelte tilbudet, og det arbeides for trygghet, frihet og fellesskap.

Behov for bolig tjenester blant personer med psykiske vansker

Målgrupper for arbeidet

I utgangspunktet retter tjenestene innenfor booppfølging og psykiatri i Bergen seg mot alle med psykiske vansker og med behov for tilpasninger og tillempninger i forhold til bosituasjonen.

Målgruppen for boligprosjektene i Bergen er mennesker med alvorlige og langvarige psykiske lidelser. Dette vil i praksis si personer med psykoser. Den hyppigste diagnosen blant personer med eget botilbud er schizofreni. Også personlighetsforstyrrelser er utbredt. Kartlegginger Bergen kommune har gjort av brukernes ønsker og behov viser at mellom 15 og 20 prosent av de som har langvarige psykoser, har behov for et særlig tilrettelagt botilbud.

Dette er personer som en regner vil få et bedre liv i et bofellesskap enn de vil få ellers. Det kan enten være personer som har bodd på institusjon og som en antar vil kunne klare seg i en selvstendig bolig. Alternativt kan det også dreie seg om mennesker som har bodd alene eller foreldre og som er avhengig av hjelp for å klare hverdagen. Mange av disse sliter med ensomhet og isolasjon.

Bedret livskvalitet i ulike bofellesskap

En av målsettingene med å velge ut personer til ulike bofellesskap er å finne frem til de som en tror vil få bedret sin livskvalitet ved å flytte i ulike bofellesskap. Målsettingene er blant annet bedret trivsel, økt trygghet og bedring av mestringsevnen.

Bergen kommune er veldig konkret på krav eller behov ved utvelgelse til et bofellesskap. I sin veileder til etablering av bofellesskap heter det blant annet at en ved utvelgelse av beboere til et bofellesskap bør være oppmerksom på

1. *Type og alvorlighetsgrad av psykisk sykdom.*
2. *Hjelpebehov og motivasjon for å motta hjelp.*
3. *Alder.*
4. *Kjønn.* Det er dobbelt så mange menn som kvinner som ønsker dette tilbudet, så det blir viktig å prøve å unngå bare 1 kvinne i et bofellesskap.
5. *Grad av felles interesser.* Dette er i praksis vanskelig å ta hensyn til.
6. *Forhold til rusmidler.*

(Hentet fra: Bergen kommune ”Etablering av bofellesskap for mennesker med psykiske lidelse. En veileder.”)

En søker her bevisst å sette sammen beboergrupper som har glede av hverandre. Noen er imidlertid ofte vanskelig å plassere. Dette handler ofte om personer med alvorlige rusproblemer og utagerende adferd. Dette er ofte vanskelig å håndtere i et så vidt sårbart miljø som bofellesskap er. Dette gjelder særlig i de tilfellene en er uten døgntjeneste.

Hvordan få bolig i Bergen om en har psykiske vansker

Bergen kommune har utviklet egne rutiner for tildeling av tilrettelagte boliger til personer med psykiske vansker. Stort sett er rutinene slik at interesserte personer i målgruppen selv fyller ut et registreringsskjema om behov for en tilrettelagt bolig. Dette gjøres i samarbeid med en hjelper eller behandler som kjenner personen godt. Dette tjener også som en kartlegging av behov og som planleggingsgrunnlag når nye tiltak skal etableres. Da hentes kandidater til nye boliger blant de som er kartlagt på denne måten. Aktuelle personer blir så innkalt til intervju med en koordinator i DPS og en fagperson fra kommunens eget tjenesteapparat. Det legges stor vekt på sammensetningen av personer som skal bo i samlokaliserte boliger (se nedenfor for definisjon av dette).

Et tverrfaglig team tar den endelige beslutningen om fordeling av boliger og hvem som skal prioriteres.

Leiekontrakter etableres så med utgangspunkt i Husleielovens paragraf 11.2. Dette innebærer at boligtildelingen knyttes opp mot en avtale om bistand. Bistanden er individuell og kan justeres etter evalueringer. Samarbeidet skal oppfattes som forpliktende for begge parter.

Organisering av det psykiske helsearbeidet i Bergen kommune

Desentralisert organisering

Det psykiske hjelpeapparatet i Bergen kommune er organisert i 8 geografiske enheter, basert på de tidligere bydelene i kommunen. Hver av de 8 enhetene har hver sin avdeling for psykisk helse. Dette omfatter botilbud, dagtilbud og aktivitetstilbud. Innenfor denne organisasjonen har de et ambulerende team med en stab på om lag 3 (bydelen Arna) til 11 personer (bydelene Bergenhus og Årstad). Disse koordinerer de ulike tjenestene. Når det gjelder de tilrettelagte boligene har disse en miljøtjeneste som er knyttet til boligen. I denne miljøtjenesten inngår ulike relevante tjenesteytere, som sykepleiere eller annet. Hvem som skal delta avgjøres av hvilke problemområder miljøtjenesten rehabiliterer på.

Tjenestene i boligene

De som betjener de tilrettelagte boligene har således en spesiell og utvalgt kompetanse. Staben har imidlertid ikke noe pleieperspektiv på sitt arbeid. Hjemmesykepleie i ordinær forstand, med ambulerende sykepleietjenester som reiser rundt til mange hjelpetrengende, oppfattes som mindre egnet i forhold til denne formen for oppfølging av personer med psykiske vansker. De tilrettelagte boligene er organisert med sine egne tjenester. Dette gir stabilitet, ro og kontinuitet og ikke minst trygghet for beboerne. Nettopp for personer med psykiske vansker kan dette synes viktig. For denne gruppen er det viktig å kunne forholde seg til en stab de kjenner, som er fast og som de kan vende seg til ved behov.

Egne lokale koordinatore

Tilbake til grunnstrukturen har hver av de geografiske enhetene også egne koordinatore som koordinerer i forhold til tjenestene sentralt. I alt retter avdeling for psykisk helse i Bergen seg mot hele 1 400 brukere. Mange av disse har lettere vansker, og er langt fra psykotiske. Disse kan i stor grad bli boende i vanlige boliger.

Boligtjenester supplert med andre dagtjenester

Et viktig element i det arbeidet Bergen kommune driver i forhold til psykiatri og bolig er at bolig ikke ses isolert, men i sammenheng med andre sider av et normalt sosialt voksenliv. Således arbeider en også i forhold til dagtilbud, sysselsetting med videre, i tilknytning og som et supplement til boligoppfølgingen. Erfaringen er at personer som etter hvert begynner å fungere godt sosialt, også takler boforholdene bedre.

Prosjektarbeid

Selve prosjektarbeidet rettet mot psykiske vansker i bosituasjonen i Bergen er organisert med en sentral prosjektleder og en styringsgruppe. Prosjektet har egen prosjektleder.

Samtidig med at prosjektet ble startet opp ble det også etablert egne polikliniske rehabiliteringsteam i hvert av de fire DPS-områdene som arbeider i forhold til de 8 geografiske enhetene i Bergen. I tillegg til disse tjenestene har en i Bergen også en del akutte tjenester. Disse er til å avhjelpe akutte større kriser, ofte av psykososial karakter.

Personalpolitikk

Prosjektet i Bergen har lagt betydelig vekt på å utvikle personalrollen blant de som skal ivareta hjelperfunksjoner i boligene. Beboernes erfaringer, ønsker og behov skal være grunnlaget for den støtten de skal få. For ansatte som for eksempel kommer fra behandlingssentre innebærer dette læring av helt nye roller.

Nyansatte i et botilbud har blitt koblet mot mer erfarne i andre botilbud. Rehabiliteringspoliklinikkene har også hatt et veiledningsansvar overfor de ansatte.

I begynnelsen var det først og fremst sykepleiere og hjelpepleiere som søkte stillinger innenfor booppfølgingstjenestene. Antallet søkere var også lavt. Mangfoldet har imidlertid økt etter hvert og antallet søkere er nå høyt innenfor ulike fagområder.

Samarbeid og involverte parter

Det utviklingsarbeidet som har funnet sted innenfor rammene av det psykiatriske arbeidet i Bergen har tatt form av dialoger mellom en rekke fagfolk, brukere, pårørende, kunstnere, politikere, administratorer og andre interesserte (Pedersen 2004). Det har blitt lagt stor vekt på en tydelig struktur for samarbeid og fagutvikling, gjennom et tett og godt samarbeid mellom

nøkkelpersoner i de distriktpspsykiatriske sentrene og de kommunale tjenestene. Et meget interessant ledd i dette er at samtlige leietakere i de ulike boligtilbudene har en behandler i DPS'ets rehabiliteringspoliklinikk (Pedersen 2004, side 60), og samtidig at personalet i botilbudene får jevnlig veiledning derfra. Dette letter og gjør mulig at den som står nærmest brukeren har ”*felles fokus og en felles forståelse for hva de holder på med, dog i ulike roller*”, som Pedersen uttrykker det (Pedersen 2004, side 60).

Dette letter også at leietakerne kan søke om opphold i DPS 'ets korttidsavdeling, noe som igjen kan bidra til å forebygge akutte kriser og med det akuttinnleggelse i sykehus. Dette kan bidra til å normalisere slike akuttinnleggelse, og gjøre det mindre stigmatiserende.

Det er også laget egne veiledningsgrupper på tvers av ansatte i 1. og 2. linjetjenesten og flere av DPSene inviterer kommunalt ansatte til sine interne opplæringsprogrammer (Pedersen 2004).

Omsorgs- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte i Bergen

Detaljerte individuelle planer i booppfølgingen

I bosituasjonen er tjenestene ment å være av en slik art at den enkelte får den hjelp som er nødvendig for å kunne mestre en bosituasjonen. Dette skjer i de tilrettelagte boligene blant annet ved Miljøtjenesten som allerede beskrevet. Målet er at alle skal kunne bo selvstendig. Den enkelte leietaker av kommunal bolig har i samarbeid med en hjelper utarbeidet en detaljert individuell plan eller avtale som beskriver hva beboeren trenger hjelp til. Dette kan gjelde alt fra matlaging, husarbeid, besøk hos lege med videre. I dette ligger det også en glidende overgang til tjenester og bistand som ikke eksplisitt retter seg mot bosituasjonen, men som gjør det mulig for den enkelte å bo alene. I dette ligger for eksempel hjelp til å søke arbeide, administrere penger, komme seg ut, gå turer, friluftsliv etc. Dette kan illustrere at det å takle en bosituasjon går i veksel med andre sider av livets utfordringer og at det å bo selvstendig ikke kan ses isolert fra mestringsevne på andre områder av hverdagslivet.

I forhold til bofellesskapene er personalbasen ment å bidra med tjenester både på gruppenivå og på individnivå.

Tjenester på gruppenivået i bofellesskapene

Med dette menes tjenester som vil foregå i fellesarealet eller utenfor bofellesskapet. Dette kan for eksempel være felles middager, turer, husmøter eller annet. Personalet har først og fremst to oppgaver på gruppenivå slik dette er definert i ”Veilederen for etablering av bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser”, Bergen kommune.

1. Personalet skal bidra til å skape et innhold i fellesarealet

Personalet har som en av sine oppgaver å sørge for at fellesarealet skal være så attraktivt som mulig. Dette innebærer å legge til rette for positiv samhandling mellom beboerne, skape trivsel, trygghet og varme. Dette gjelder både beboerne imellom og mellom personale og beboere.

2. Personalet skal tilrettelegge for felles aktiviteter

Dette innebærer å legge til rette for felles måltider, turer til byen/kjøpesentra, turer, kino, og andre sosiale eller nyttebaserte aktiviteter. Disse tilbudene må gjøres så attraktive som mulig, beboerne må ønske å være med på de. Eller med andre ord, de

må være så attraktive at beboerne velger deltakelse fremfor isolasjon. I det velger de også sosial samhandling. Dette kan fremme sosial utvikling og virke rehabiliterende og forebyggende hos den enkelte.

Kartlegginger har vist at det nettopp er samhandlingen menneskene imellom som er et problem blant personer med psykiske vansker.

Tjenester på individnivå i bofellesskapene

På det individuelle planet ytes det også et helt sett av tjenester i bofellesskapene. Slik disse er satt opp i den skriftelige veilederen til etablering av bofellesskap fra Bergen kommune er følgende oppgaver fremhevet.

1. Skriftlige vedtak

Beboerne skal ha skriftlige vedtak om innholdet i og omfanget av de individuelle tjenestene. Det anbefales at tilgang til felles tjenester inngår i det enkelte vedtak.

2. Samarbeidsavtaler

De individuelle tjenestene bør baseres på samarbeidsavtaler mellom beboer og personale. Dette kan gjelde tjenester i beboerens leilighet som for eksempel husvask eller matlaging, følge til bank etc.

3. Hjelp til avklaring

Avklare saker beboeren kan synes er vanskelig, men som kan være dagligdagse for andre.

4. Sosial funksjon

Handler om å etablere kontakt, skape trygghet og trivsel i huset, hvilket er en nødvendig basis for vekst og utvikling hos den enkelte beboer.

5. Hjelp til selvhjelp

Praktiske oppgaver utføres sammen med beboeren og ved å stimulere til at denne kan klare mest mulig på egen hånd.

6. Tjenester som tilbud

De ulike tjenestene som blir tilbudt fra personalet må være tilgjengelige tilbud og ikke noen form for tvang. Aktive tilbud er tillatt fra personalets side, men det er viktig at avtaler er forpliktende.

(Kilde: Bergen kommune 2002, Veileder for etablering av bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser.)

En viktig oppgave for personalet er med dette å kjenne beboerne så godt at de kan si hva beboeren har behov for når.

Frivillig kontakt med andre tjenester

Utover dette er det selvsagt frivillig hvilken kontakt beboere i bofellesskap og hjemmeboende med psykiske vansker har med andre tjenester. Dette gjelder både i forhold til:

- **Primærlege**
Det er viktig med et trygt og veletablert fastlegesystem for personer med psykiske vansker, slik at de føler seg trygge på sin fastlege.
- **Hjemmehjelp og hjemmesykepleie**
Det kan være viktig å trekke inn hjemmesykepleie eller hjemmehjelp. Dette kan styrke den enkelte "ferdigheter mot økt selvstendighet", som det heter i Veilederen for etablering av bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser, Bergen kommune. Det fremheves at det er viktig å ikke overhjelpe beboere i bofellesskapene. Samtidig må ikke mål settes for høyt i forhold til mestring. Noen har så vidt store handicap at visse oppgaver er uoppnåelig.
- **Poliklinisk kontakt**
- **Støttekontakt**
Dersom den enkelte ønsker det eller har behov for det kan vedkommende få støttekontakt.
- **Voksenopplæring**
Dette kan tilbys i forhold til ferdigheter knyttet til hus- og matstell, økonomi med videre. Dette vil kunne øke mestringsnivået. Også andre kurs av mer eksamensrettet karakter kan tilbys.
- **Kyrre skole**
Et undervisningstilbud i fylkeskommunens regi til mennesker under psykiatrisk behandling. Undervisningen er i all hovedsak kompetansegivende i forhold til videre skolegang.

Dette innebærer at det er et helt sett av omsorgs- og oppfølgingstjenester tilgjengelig i bosituasjonen for personer med psykiske vansker som kan bidra til å avhjelpe og støtte opp under rehabilitering av den enkelte. Felles er at bolig ses i sammenheng med den øvrige tilværelsen.

Boligtilbudet rettet mot personer med psykiske vansker i Bergen

Ulike boligprosjekter

Pr 2004, var det 26 ulike særlige tilrettelagte boligprosjekter for innbyggere med alvorlige psykiske problemer i Bergen. Disse hadde til sammen 200 beboere. Disse har alle egne fullverdige leiligheter og nesten samtlige er tilknyttet en personalbase og har felles dagligstue. I tillegg har også de fleste tilbudene en miljøtjeneste tilknyttet huset. Denne har om lag to til fem årsverk pr boligprosjekt. Boenhetene varierer i størrelse fra fire til 12, som er det største. Frem mot og til og med 2006 er det planlagt etablert 25 nye tilrettelagte boliger årlig. Noen av disse vil ha en tjenesteorganisering som kalles for Boteam. Her vil en tjenestebase yte tette tjenester til åtte til ti beboere i et nærmere nærmiljø.

To av prosjektene har heldøgnstjenester. Dette gir om lag ti årsverk på ni beboere. Botilbudene er utviklet både i eldre bygårder, nybygg samt noen tidligere personalboliger er også blitt ombygget til formålet.

Det er videre besluttet at prosjektet skal videreføres ut 2008, og Bergen kommune arbeider nå med å utvikle et botilbud for de brukerne som har behov for tjenester lett tilgjengelig hele døgnet. Her er stadig samarbeidet med DPS tett, da størstedelen av disse stadig bor på psykiatriske institusjoner. Bergen har allerede slike i drift, og flere kommer. Et viktig hovedanliggende i denne sammenhengen er at andrelinjetjenesten ikke anser seg for ferdig så fort brukerne flytter inn i kommunale boliger. Bergen ønsker i sitt prosjekt å opprettholde andrelinjens funksjoner i form av både behandler, veileder og støttespiller i krisesituasjoner for personer som er flyttet ut av de psykiatriske tjenestene og inn i kommunale leieboliger i lang tid. I så henseende ble det første botilbudet med heldøgntjeneste i Bergen drevet av DPS i en startfase. Dette ble etter hvert overtatt av kommunen som tok det videre ansvaret for driften.

Boligtilbudet fordelt på ulike typer

Bergen kommune har pt i bruk om lag 200 boliger som er tilrettelagt for mennesker med alvorlige og langvarige psykiske lidelser. Disse er spredt både å bydel og i forhold til bygningsmessige forhold og tjenestetilbud. Det er dessuten under planlegging ytterligere om lag 70 nye boliger i perioden frem til 2008.

Boligtilbudet kan grovt sett deles opp i 4 ulike typer etter hvordan tilbudet er organisert og nivået på tjenestene:

1. Bofellesskap med heldøgntjenester

Disse er tilrettelagt for beboere med behov for personell knyttet til bofellesskapet på døgnbasis. Dette omfatter både fellestjenester og individuelt tilpassede tjenester, inkludert nattevakt. I boligen blir det lagt stor vekt på å skape et sosialt fellesskap beboerne imellom.

Et bofellesskap skal ikke drive behandling, men yte ulike tjenester. De er ment å ha ansvaret for å gi tilbud om bistand og kontakt, der omfanget av dette må avklares med den enkelte beboer på forhånd.

Bergen kommune har i dag 5 slike bofellesskap og ytterligere to ligger på tegnebordet og vil bli ferdigstilt i 2007. Det er i stor grad de dårligste beboerne fra institusjonene som flytter til bofellesskapene.

2. Bofellesskap med dagtjenester.

Disse er tilrettelagt for personer med behov for personell knyttet til bofellesskapet på dagtid. Dette inkluderer individuelt tilpassede hjemmetjenester. Beboerne må her være i stand til å være alene store deler av døgnet. Beboerne bør også ha sosiale ferdigheter som gjør at de har glede og nytte av fellesskapet i boligen.

Bergen kommune har i dag 14 slike bofellesskap og 2 ferdigstilles i 2007 og er godt fornøyd med hvordan disse fungerer. Svært mange av beboerne fungerer bedre etter en tid i bofellesskapet enn de gjorde tidligere.

3. Boliger tilknyttet boteam

Dette er boliger i den ordinære kommunale boligmassen, innenfor et geografisk område. Her forutsettes det at beboerne mestrer å bo i bolig uten bemanning og at de kan forholde seg til et nabomiljø på vanlig måte. Til boligen er det knyttet et boteam

med kontor i nærheten. Dette gir oppfølging til beboerne på dagtid og gir individuelt tilpassede hjemmetjenester.

Bergen kommune har tre boliger tilknyttet boteam.

4. Samlokaliserte boliger

Samlokaliserte boliger er boliger i samme hus og eller boliger med felles oppgang. Beboerne er i stor grad selvhjulpne og mestrer det å bo i egen bolig. Oppfølgingen av beboerne gjøres derfor av avdeling for psykiske helse i bydelen. Det gis individuelt tilpassede tjenester på vanlig måte.

Beboerne må forholde seg til vilkårene i en vanlig husleiekontrakt. Søkere til de samlokaliserte boligene må ha en langvarig og alvorlig psykisk lidelse. De må ha en etablert kontakt med fastlege og en behandler innenfor den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.

Bergen kommune har 6 samlokaliserte boliger.

Generelt har Bergen kommune gått bort fra å satse på samlokaliserte boliger. Dette blir ansett som et produkt av 1990-tallet hvor det ble laget noen og en høstet erfaringer. I dag prioriterer heller kommunen bofellesskap med dagtjenester. I forhold til bofellesskap med dagtjenester er hensikten å gi optimale tjenester, ikke maksimale. Dette er viktig. Behovet for slike boliger begynner etter hvert å mettes. Ordningen er imidlertid ikke egnet for alle. Noen har behov for hjelp hele døgnet, andre er uegnet for slike bofellesskap. Det siste gjelder særlig i forhold til personer som i tillegg har et rusproblem. Også personer med personlighetsforstyrrelser passer vanskelig inn i slike boliger.

Boteam kan være aktuelt der en person ikke ønsker eller vil ha et bofellesskap.

Finansiering av bolig og booppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker i Bergen kommune

Den tidlige og storstilte oppstarten til psykiatrisk boarbeidet som vi ser i Bergen har sin bakgrunn i et finansielt samarbeid med Helseforetaket. For de tyngst bemannede tiltakene, dekket Helseforetaket deler av driften i en overgangsfase. De dekket alle driftskostnadene det første året, til helt kommunalt finansiert over tre år. Dette satte kommunen i stand til en langt mer offensiv innsats i forhold til nyetableringer enn takten i Opptrappingsplanen ellers ville ha gitt muligheter for.

I 1995 begynte de første øremerkede midlene å komme til Bergen kommunes arbeid for psykiatri og bolig. For å komme i gang samarbeidet Bergen kommune med det statlige Helseforetaket. Det var dette samarbeidet som åpnet prosessen med å bosette etter at kommunen hadde kartlagt behovene til de nevnte 136 personene med psykiske vansker. Ved å etablere et regime for stadig utfasing av den statlige finansieringen via helseforetaket, bar kommunen etter hvert en stadig større økonomisk andel av driftskostnadene.

Overføringer til kommunen

Kommunens overføringer fra Opptrappingsplanen har variert en del, fra for eksempel 9 mill. i 2004 til 32 i 2005. Grunnlaget for disse svingningene har vært underkommunisert fra statens

side vis a vis Bergen kommune. Dette oppleves lite forutsigbart av de ansvarlige for arbeidet i Bergen kommune.

Bolig- og booppfølgingstjenestene i Bergen kommune for psykisk vanskeligstilte er i sin helhet finansiert av midler fra Opptrappingsplanen. Dette gjør uforutsigbarheten enda mer prekær. Kommunen opplever at det ikke er før statsbudsjettet er lagt at de får visshet i hvorvidt arbeidet deres kan fortsette.

I og med at prosjektene må planlegges, er dette svært vanskelig. Kommunen er avhengig av å få vite om prosjektene de jobber med får de nødvendige bevilgningene også neste år. Usikkerheten kan også ramme brukerne. En gruppe som fremfor noen er avhengig av forutsigbarhet og trygge rammer.

Fremover regner en i Bergen kommune med at de midler de får via Opptrappingsplanen videreføres i totalrammen for overføringene til kommunen i 2009. Da vil midlene imidlertid ikke være øremerket. Jo høyere andel av midlene som i 2008 er plassert i faste prosjekter, jo vanskeligere vil det imidlertid være å omprioritere midler i 2009. Dette fordi en omprioritering vil innebære at tiltak må skrinlegges, noe som er synlig og slik vil kunne bli gjenstand for politisk debatt.

Andre gunstige ordninger

Når det gjelder bofellesskap har også Husbanken gunstige låne- og tilskuddsordninger til å finansiere slike boliger. Det mest gunstige er å få leilighetene i bofellesskapet godkjent som omsorgsboliger, men dette krever livsløpsstandard. Husbanken fullfinansierer omsorgsboliger med lån og tilskudd og beboerne betaler husleie til kommunen på vanlig måte. De fleste beboerne vil ha krav på bostøtte fra Husbanken.

Utfordringer innenfor arbeidet med omsorgs- og oppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker i Bergen

Til det omfattende arbeidet som Bergen kommune har nedlagt i å komme på offensiven knytter det seg også en del utfordringer for kommunen videre.

Tjenestenivå

Kommunen er i den privilegerte situasjon at de har fått høstet mange erfaringer av sine tiltak allerede. Og i forhold til spørsmålet om bolig og booppfølging er imidlertid et viktig spørsmål knyttet til hvilket nivå en skal legge seg på med hensyn til tjenester. Det er viktig at personer ikke får så mye oppfølging at de pasifiseres. Samtidig må en også yte slik at det er forsvarlig og bidrar til den ønskede rehabiliteringsprosessen. Dette gjelder særlig i bofellesskapene, men også i forhold til boteamene.

Ansvarsfordeling

Et annet spørsmål er hvem som har ansvaret? Hvor går grensesnittet mellom første- og andrelinjetjenesten? Er det kommunens ansvar og oppgave når noen personer kommer i en krisesituasjon? Hvordan håndteres dette i så fall i forhold til ekspertise og behov for sakkyndighet?

I Bergen kommune forsøker en å løfte opp vanskelige tilfeller til andrelinjetjenesten. Også et distriktspsykiatrisk råd kan bidra. Dette er forankret på ledernivå med representanter for

bydelene og også en representant fra byrådet. I denne sammenhengen er det hevdet at en problem er at all kommunikasjon mellom første- og andrelinjetjenesten er knyttet til pasienten. Det anses som veldig uheldig. Prinsipper for for eksempel hvem som skal bo hvor og hvordan tjenestene skal organiseres i forhold til problemsituasjon, etterlyses. Hvor går grensene for hvordan ulike grupper skal bo? Her oppleves staten å være ganske så fraværende.

Hva er en omsorgsbolig for en person med psykiske vansker?

En annen utfordring er knyttet til selve innholdet i en omsorgsbolig for personer med psykiske vansker. Hva er med andre ord en omsorgsbolig for personer med psykiske vansker?

Her har erfaringene i Bergen vist at særlig tre forhold er viktig:

1. Trygghet.

Det er viktig at beboeren opplever trygghet, at det er en stabilt personale i tilknytning til boligen som de kjenner og føler seg trygge på. Erfaringene er gode med å la et team følge opp beboere, og ikke ambulerende sykepleiere etc.

2. Frihet

Det er viktig at det ikke er et regime som på en institusjon, men at beboerne må få gjøre som de vil, innenfor rimelige grenser.

3. Tilgang til et fellesskap i umiddelbar nærhet

Isolasjon er ofte et problem for denne gruppen. Da er det viktig å bygge inn et fellesskap i boligen. Dette handler også om å kjenne naboen sin. Dette er det viktig at det legges til rette for fysisk. Det kan også være svært viktig for noen at det er personale tilstede som kan hjelpe til å legge til rette for fellesskap. Noen bruker lang tid på å sosialisere seg. For disse er nettopp muligheten for å gradvis venne seg til å bo, føle trygghet og frihet som nevnt ovenfor, svært viktig.

Fysisk standard ikke viktig for rehabiliteringsprosessen

Bergen kommune har videre gjort seg den erfaring at det er ikke den fysiske standarden som er den viktigste i en rehabiliteringsprosess. Det er mer hvordan beboerne og personalet kommer ut i forhold som trygghet, frihet og tilgang til fellesskap.

Rehabiliterende roller viktig i fellesskapet

I forhold til den rehabiliterende strategi som ligger til grunn for mye av de aktiviteter som Bergen kommune har utviklet i forhold til bolig har en også gode erfaringer i forhold til å skape rehabiliterende roller for den enkelte innenfor fellesskapet. Utfordringen blir i stor grad å la den enkelte komme i en verdsatt rolle, bli en ressursperson, en som bidrar i stedet for en som mottar. En må med andre ord skape arenaer hvor personer kan bli en ressursperson. Dette kan være så enkle ting som å lage mat, bake kake eller annet.

I andre situasjoner handler dette også om å bli støttespillere for hverandre. Skape arenaer for at den enkelte kan bety noe for en annen. At personer kan hjelpe hverandre, støtte hverandre. Dette vokser mennesker på.

Her er vi litt tilbake til dilemmaet og utfordringen knyttet til å gi tjenester på et riktig nivå, ikke for mye, ikke for lite. En må ikke gi så mye at beboere pasifiseres, at de fratras muligheten for å bli noe for hverandre, bli hverandres støtte. Alle mennesker har et

grunnleggende behov for å bety noe for andre. Dette hjelper beboerne til å rehabilitere både seg selv og hverandre. På den annen side skal en få tilstrekkelig med oppfølging slik at også hensynene til trygghet ivaretas.

Oppsummerende merknader

Bergen kommune har i over 10 år arbeidet målbevisst i forhold til å bosette, rehabilitere og følge opp personer med psykiske vansker i en bosituasjon. Med utgangspunkt i den såkalte "Recovery filosofien" har kommunen søkt individuell rehabilitering gjennom blant annet å bygge opp relasjoner mellom hjelpere og bruker for personer med psykiske vansker som er bosatt i ulike boløsninger. Verdier som trygghet, frihet og tilgang til fellesskapet i umiddelbar nærhet har vært fundamentalt.

Særlig har Bergen kommune funnet at bofellesskapsmodellen, enten med heldøgns- eller dagtidstjenester, har vært egnet for å ivareta disse verdiene. Ved å etablere både arenaer for samhandling som gir mulighet for sosialt samvær og sosial rehabilitering som for eksempel felles kjøkken eller stue, samt et fast oppfølgingsteam som følger opp de enkelte, formidles verdiene om trygghet, frihet og tilgang til et fellesskap. Dette har vist seg å gi svært gode resultater.

Mye arbeid nedlegges når det gjelder sammensetningen av beboere og rammene for boforholdet. Personer med alvorlige avvik i forhold til rus eller personlighetsforstyrrelser passer i mindre grad inn i rene bofellesskap.

Arbeidet med bolig- og booppfølgingstjenester er desentralisert og fordelt på 8 geografiske enheter. Disse organiserer og følger opp miljøarbeidet med videre. Sentralt i det rehabiliterende arbeidet i Bergen er å ikke se bolig isolert fra andre sider av et normalt sosialt liv. Tilbudet og oppfølgingen i forhold til ulike dag- og sysselsettingstilbud er derfor et prioritert område i Bergen.

Kommunen søker imidlertid samarbeid med de distriktpsikiatriske sentrene. Samtlige leietakere i de ulike botilbudene har en behandler i DPS'ets rehabiliteringspoliklinikk. Også personalet i botilbudene veiledes herfra. Dette virker både kompetanseoppbyggende i forhold til den enkelte bruker, samtidig som det forebygger kriser. I tilfelle kriser normaliseres også en innleggelse i sykehus.

Personalet i bofellesskapene får en nøkkelrolle i booppfølgingen og rehabiliteringen. Dette gjelder både i forhold til å bidra til å tilrettelegge for kollektive aktiviteter og følge opp enkeltindividet. Konseptet varierer imidlertid noe mellom de rundt 26 ulike tilrettelagte boligprosjektene Bergen kommune har bygget opp for personer med psykiske vansker.

Tiltakene er i sin helhet finansiert av Opptrappingsplanen. Det er derfor helt grunnleggende at midlene tildeles på en planlagt og forutsigbar måte. Enn så lenge har det vært litt mye usikkerhet rundt dette. Dette har nå bedret seg og en håper i Bergen å kunne videreføre arbeidet etter 2008 med midler fordelt via rammetilskuddet.

9. Oppsummering og konklusjoner

Spørsmålet blir avslutningsvis i hvilken grad kommunen så langt har fulgt opp intensjonene i Opptrappingsplanen for psykisk helse? Som vi så innledningsvis er det innenfor Opptrappingsplanen satt opp ulike målsettinger for det arbeidet kommunene skal utrette i forhold til bosetting og booppfølging av personer med psykiske vansker.

Hovedproblemstillingen i rapporten har vært hvordan dette er fulgt opp i kommunene. Vi har studert dette i fire utvalgte kommuner, Nedre Eiker, Nesodden, Trondheim og Bergen og stilt følgende spørsmål.

- Hvilke mål eller ambisjoner har de satt seg i forhold til intensjonene i Opptrappingsplanen for psykiatri, knyttet til bosetting og booppfølging av personer med psykiske vansker?
- Hvordan har de utvalgte kommunene valgt å organisere dette arbeidet?
- Hvilke bolig- og booppfølgingstjenester er etablert i denne sammenhengen?
- I hvilken grad og på hvilken måte knyttes arbeidet med bosetting og booppfølging opp mot andre aktiviteter innenfor området psykisk helsearbeid og oppfølging i kommunene?
- Hvordan er bolig- og booppfølgingsarbeidet finansiert? Med andre ord i hvilken grad og på hvilken måte knyttes arbeidet opp mot midler fra Opptrappingsplanen?
- Hvilke utfordringer ser kommunene selv i forhold til å realisere intensjonene i Opptrappingsplanen for psykiatri i forhold til bolig- og booppfølgingsarbeidet?

Dette er sentrale spørsmål i forhold til å se kommunenes iverksetting av Opptrappingsplanens intensjoner på området bolig- og booppfølgingstjenester. Når vi har vurdert dette i denne rapporten ligger det imidlertid en klar begrensning i det at vi ikke baserer oss på brukerundersøkelse. Vi har ikke gått ned på brukernivå, men sett iverksettingen fra kommunens side.

Med denne begrensningen kan vi i videreføringen av disse problemstillingene også spørre hvorvidt kommunenes implementering av Opptrappingsplanens intensjoner har gitt en bedret kobling mellom problemer og løsninger i kommunene i forhold til bolig- og booppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker? Er denne koblingen i så fall blitt tettere, mer relevant? I hvilken grad er mulighetene for et helhetlig tilbud bedret gjennom det arbeidet kommunene har nedlagt på området så langt? Og i hvilken grad er tjenestekapasiteten bedret totalt sett?

Utgangspunktet for kommunene, lokale målformuleringer i samsvar med Opptrappingsplanens intensjoner

Det første spørsmålet er i hvilken grad kommunene har fulgt opp intensjonene i Opptrappingsplanen i sine egne målformuleringer. Så langt vi kan lese plandokumenter i de

fire casekommunene er dette langt på vei tilfelle. Hoveddimensjonene i Opptappingsplanen, nemlig bosetting av personer fra psykiatriske institusjoner i trygge bosituasjoner, basert på brukerrettede tiltak og styrking av det rehabiliterende og forebyggende arbeidet er sentrale for alle kommunene.

I Nedre Eiker blir selvstendighet, integrering og normalitet definert som sentrale mål for kommunens arbeid på dette området. Nesodden kommune poengterer viktigheten av en tilfredsstillende bolig med tilstrekkelig bistand for personer med psykiske vansker. Selvhjelpenhet står også i fokus i alle kommunene.

I Trondheim kommune slås det fast i psykiatriplanen 2002 til 2006 at de skal jobbe for:

- Nye botilbud.
- Styrking av de hjemmebaserte tjenestene.
- Dagsentre og andre aktivitetstilbud til flere.

Bergen kommune fremhever likeledes målet om å hjelpe mennesker til å leve selvstendige og selvvalgte liv.

Spørsmålet er på hvilken måte og i hvilken grad kommunene har klart å fremme disse målsettingene?

Organisering

Et av de virkemidlene som vil kunne være viktig i forhold til å realisere de boligpolitiske målene for psykisk vanskeligstilte, er organiseringen av tjenestene. Også her følger kommunene i store trekk de overordnede prinsipper i Opptappingsplanen for psykisk helse. Booppfølgingsarbeidet er i liten grad bygd ut som en særomsorg. Ansvar for tjenesteytingen er derimot i stor grad pålagt alle avdelinger og seksjoner i kommunene som er i kontakt med mennesker med psykiske lidelser.

Staten har ikke lagt noen detaljerte føringer på hvordan kommunene skulle gå frem organisatorisk for å fremme dette målet. De fire casekommunene har også valgt noe ulike strategier her. Generelt kan kommunene enten velge å arbeide innenfra de ulike delene av de tjenesteapparatet og la være å etablere psykiatri som et eget tjenesteområde. Alternativt kan kommunen velge å etablere dette som en egen organisatorisk enhet, med hovedansvaret for booppfølgingen. I praksis har kommunene valgt ulike mellomløsninger.

Nedre Eiker kommune har satset på stor grad av tverretattlig samarbeid, men samtidig med en separat psykiatriavdeling under Helseavdelingen. Nesodden kommune har i stor grad valgt en tilsvarende løsning og valgt å integrere arbeidet med oppfølging i de ulike delene av organisasjonen og i mindre grad etablere en særorganisasjon for denne gruppen. I Trondheim har en etablert booppfølging som en egen tjeneste, men allikevel ikke etablert psykiatrien som en egen særomsorg. Lengst i å desentralisere tjenestene geografisk har Bergen gått. Nå er denne kommunen også klart størst av de fire. Ansvar er fordelt på 8 geografiske enheter som har ansvaret for å følge opp og rehabilitere personer med psykiske vansker som har behov for hjelp til å anskaffe seg en bolig og klare å bo der.

Uten å trekke for tydelige konklusjoner på bare 4 casekommuner, kan det synes som at modellen med psykiatri integrert i det lokale pleie- og omsorgsarbeidet i størst grad fremmer de helhetlige, fleksible og behovstilpassede tjenestene i forhold til enkeltindividene. Dette

støttes i den "teamstruktur" for eksempel Bergen kommune har i forhold til bofellesskapene. Ved å etablere lokale enheter satt sammen av ulike profesjoner og tjenesteytere, fremmes mer fleksible og tilpassede løsninger enn om en i stor grad skal organisere tjenesteområdene hver for seg. "Teamstrukturen" vil også kunne ha den styrken at de ansatte og brukerne i større grad blir kjent med hverandre. Dette i stede for ambulerende løsninger der personell alternerer på et stort antall brukere.

Denne løsningen har kanskje bidratt til å tydeliggjøre koblingen mellom problemer og løsninger og med det gitt mulighet for mer helhetlige løsninger for den enkelte. Således kan en kanskje også trekke den forsiktige konklusjonen at ved å organisere booppfølgingstjenestene i hva vi kan kalle "teamstrukturer" har en også økt tjenestekapasiteten totalt sett. Tjenestene er blitt bedre tilpasset og mer fleksible i forhold til enkeltindividenes behov, og slik i noen grad også mer effektive i forhold til rehabilitering og forebygging av nye akutte kriser.

Bolig- og booppfølgingstjenester i kommunene

Hvilke bolig- og booppfølgingstjenester er så blitt etablert i de fire casekommunene som ledd i iverksettingen av Opptrappingsplanen? Her har kommunene satset på litt forskjellige tiltak. Felles for alle er at de har valgt en kombinasjon av ulike boløsninger som omsorgsboliger, bofellesskap med heldøgns- eller dagtjenester, bokollektiv, boliger med boteam eller samlokaliserte boliger.

Trondheim har prioritert samlokaliserte boliger. De har en erfaring for at dette gir større rom for selvstendighet. Boligene blir da en del av det ordinære boligmarkedet, men i nærheten av en tjenesteyter.

Bergen prioriterer bofellesskap. Bergen har i dag 5 bofellesskap med heldøgnstjenester og ytterligere to kommer. Dette er for de dårligste beboerne, og de har gode erfaringer med rehabilitering i denne boformen. Dette gjelder også bofellesskap med dagtjenester, hvor Bergen har 14, med ytterligere to som ferdigstilles i 2007. Også Nesodden kommune har prioritert bofellesskap. Inntrykket er at mange av beboerne fungerer bedre etter en tid i bofellesskap.

I Nedre Eiker har en prioritert omsorgsboliger for de vanskeligst stilte av de psykisk syke. Av kommunens mellom 200 til 220 omsorgsboliger er 16 øremerket psykiatri. I tillegg kommer 8 som er under planlegging. Kommunen gir imidlertid tett oppfølging i boligene.

Dette innebærer at kombinasjonen bolig og tjenester blir veldig sentral. Tjenestene ligger tett på boformene, enten det er omsorgsboliger, samlokaliserte boliger eller bofellesskap. Bergen har gode erfaringer med å sette sammen egne oppfølgingsteam. Disse jobber da mot et bestemt bofellesskap. I stede for å sette oppfølgingen av personer med psykiske vansker over til ambulerende enkelttjenester har hver enkelt beboer et team å forholde seg til, som kan justere og tilpasse tjenestene til den enkeltes behov. Det skapes gode og trygge relasjoner, og brukeren blir kjent med personene i teamet.

Mange innfallsvinkler

Alle kommunene i casestudien supplerer imidlertid bolig- og booppfølgingstjenestene med ulike former for dagtilbud. Dette følger opp intensjonene som kom til uttrykk i St.meld. nr. 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbud" (som drøftet i avsnitt

1.3 foran), hvor det heter at løsningen for personer med psykiske vansker er å benytte flere innfallsvinkler samtidig.

Dette ser også ut til å være en krumtapp til å forstå fortjenesten ved den kommunale organiseringen og ansvaret for gode bolig og booppfølgingsløsninger for personer med psykiske vansker. Ved å ta hånd om den enkelte i lokalsamfunnet, (jamfør St.meld.nr. 25 1996-97, side 6), både i forhold til booppfølging, ulike sosiale dagtilbud og sysselsettingstiltak, har kommunene i denne studien bidratt til å fremme både rehabilitering og forebygging.

Dette antar mer eller mindre organiserte former. I Nesodden kommune har en utviklet et eget aktivitetssenter i tilknytning til Nesoddtangen gård, Trondheim har egne treffsteder med tilbud knyttet til turer, matlaging etc, og i Bergen kan fysisk sterke komme ut og drive skogsarbeid, om de ønsker.

Bergen har også svært positive erfaringer med å etablere slike arenaer innenfor rammene av bofellesskapene. Dette kan for eksempel være i tilknytning til fellesrom med aktiviteter som matlaging etc. Beboerne møtes for å lage mat eller gjøre noe annet sammen. Aktiviteter tilrettelegges den enkeltes funksjonsnivå, samtidig slik at den enkelte har noe å strekke seg etter. Ved å lage arenaer eller møtesteder som gir en følelse av trygghet og beherskelse, fremmes også følelsen av selvtillitt. På denne måten knyttes arbeidet med bosetting og booppfølging opp mot andre aktiviteter innenfor området psykisk helsearbeid og oppfølging i kommunene.

Kontakt med andrelinjetjenesten

Et par av kommunene, særlig Nesodden men også i noen grad Nedre Eiker, fremhever utfordringene knyttet til å overta et så vidt stort og komplekst ansvar på kort tid. Kommunen ser seg ikke i stand til å bygge ut tjenesteapparatet lokalt like hurtig som det bygges ned sentralt. Dette er ikke alene et økonomisk spørsmål, men et spørsmål om kompetanseoppbygging og kvalifisert personell.

Her etterlyser kommunene bedre samarbeid og tilgang til andrelinjetjenester. Både i forhold til dialog om enkeltpasienter, varsling ved utskrivelse og veiledning generelt synes det å være et stykke igjen.

Dette kanskje i sterkere grad i Nesodden og Nedre Eiker kommuner enn Trondheim og Bergen. I Bergen er det for eksempel et godt samarbeid mellom kommunen og de distriktpsikiatriske sentrene.

God kontakt mellom kommune og andrelinjetjenesten kan være en forutsetning for kompetanseoppbygging lokalt. Det har også sin fortjeneste i forhold til rehabilitering og forebygging av akutte kriser og er et felt som tydeligvis vil være en utfordring også i den nærmeste fremtid.

Vanskelig å identifisere behov

I hvilken grad har så kommunene oppnådd økt behovsdekking i forhold til bolig- og booppfølgings tjenester i tiden Opptrappingsplanen har vært virksom? Dette er et svært vanskelig spørsmål å besvare og går utover hva vi kan si noe om i denne studien.

Generelt er i det hele behovet for psykiatriske tjenester enten det er for bolig eller booppfølging eller annet vanskelig å identifisere og tallfeste. Vanskene med å identifisere omfanget av psykiske vansker innebærer at det er tilsvarende vansker med å identifisere udekkede behov. Oversikter over behov innebærer at en på en eller annen måte er blitt klar over at noen har et psykisk problem og har behov for oppfølging. For noen er det pårørende som tar kontakt med hjelpeapparatet og sørger for at hjelp blir gitt. I andre tilfeller kan det være naboer, kollegaer eller andre som kommer i kontakt med vedkommende. Mange vil imidlertid måtte leve i skjul med sine problemer inntil det kanskje er kommet langt og behovet er blitt stort. Fortsatt er det blant mange fordommer knyttet til det å ha en psykisk lidelse.

I og med at behovene for bolig kan vise seg vanskelig å tallfeste, vil det også være vanskelig å tallfeste behovsomfanget i forhold til tjenester og bolig for denne gruppen. En annet spørsmål er at selv om alvorlige psykiske lidelser ikke utgjør den største gruppen av psykisk lidelser i kommunene, så er dette allikevel den tyngste og mest ressurskrevende. Behovene for bolig- og booppfølgingstjenester vil også variere fra person til person. Noen vil ha behov for omfattende hjelp over lang tid til å mestre helt dagligdagse gjøremål. Dette kan ofte knyttes til personer med definerte lidelser som nevrososer, psykoser og hjerneorganiske lidelser. Noen vil også ha såkalte dobbeltdiagnoser, det vil si at det i tillegg til de psykiske vanskene kommer for eksempel stoff eller alkoholmisbruk. I tillegg har en personer med personlighetsforstyrrelser, angst, depresjoner og selvmordsproblemer. Dette gjør behovsdekning til et vanskelig spørsmål.

Gode og egnede boligløsninger

Hva som er en god og egnet boligløsning vil selvsagt variere. Ulike personer opplever situasjonen ulikt og egnethet vil i stor grad være et spørsmål om mange forhold. Relevant vil både være beboernes behov og personlighet, forekomsten av kombinasjonsvansker, forholdet beboer og tjenesteoppfølging, personalet med mer. Her vil vi derfor nøye oss med noen refleksjoner basert på erfaringer i casekommunene.

I de to mellomstore kommunene har en i stor grad prioritert omsorgsboliger med personale, enten som egne baser eller med annen tilknytning. Dette har kommunene gode erfaringer med. Fremover er det imidlertid store utfordringer knyttet til personer med kombinasjonsvansker, og da spesielt rusvansker.

I Trondheim har en prioritert og hatt gode erfaringer med samlokaliserte boliger, mens en i Bergen har gått bort fra denne modellen og bygger ut bofellesskap med døgn- eller dagtjenester. Fortjenesten Bergen kommune ser med bofellesskapene er blant annet knyttet til etableringen av en stabil "teamstruktur" i tilknytning til hvert enkelt bofellesskap. Dette etablerer stabile relasjoner mellom bruker og tilbyder av booppfølgingstjenester. Trondheim på sin måte, har erfaringer med at samlokaliserte boliger fremmer selvstendighet hos brukerne. En er integrert i det ordinære boligmarkedet, men i nærheten av en tjenesteyter.

Hvilke strategier som best fremmer rehabilitering og selvhjulpenhet vil nok avhenge av mange forhold, ikke minst den enkeltes psykiske funksjonsnivå.

Finansiering og trygging av tiltakene videre

Alle de fire kommunene baserer seg i stor grad på midler fra Opptappingsplanen ved finansiering av boliger- og booppfølgingstjenester for personer med psykiske vansker. Dette gjør kommunene avhengig av statsbudsjettet for å kunne gjennomføre sine prosjekter og

utsatte ved endringer og ikke minst bortfall av bevilgninger. Så langt har overføringene vært til dels uforutsigbare, noe som har bidratt til å vanskeliggjøre planleggingen til kommunene.

En annet spørsmål som opptar kommunene er hvorvidt overføringene sikres i rammebevilgningene etter Opptrappingsplanens avslutning i 2007-2008. Dette vil være svært viktig for å opprettholde tjenestenivået lokalt. Midlene vil imidlertid ikke lenger øremerkes, noe som innebærer at psykiatri som politisk prioritering også blir viktig lokalt, om tjenestenivået skal opprettholdes og videreutvikles fremover.

Litteratur

Bergen kommune (2002) Sammenfatning av ny prosedyre for innsøking til tilrettelagte botilbud for mennesker med psykiske lidelser.

Bergen kommune (2002) Etablering av bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser. En veileder.

Budsjettinnstilling S. nr. 11 (1995-96) ”Bevilgninger på statsbudsjettet for 1996 vedkommende Sosial- og helsedepartementet”.

Inst.s.nr. 165 (1994-95) ”Samarbeid og styring – mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste”.

Nedre Eiker kommune (1998) Handlingsplan for psykiatritjenesten 1998 – 2001.

Nedre Eiker kommune (2005) Utvalgssak, Orientering om Psykiatritjenesten i Nedre Eiker kommune.

Nesodden kommune (2003) Plan for psykiske helsearbeid i Nesodden kommune 2003-2006.

Pedersen, Audun (2004) ”Mot ”recovery” i praksis? Erfaringer fra prosjekt Lokalpsykiatri i Bergen. ” Tidsskrift for psykisk helsearbeid, vol.1 nr. 4 2004, Universitetsforlaget.

Rådet for psykisk helse (1998) Velferdsstatens forsøkte gruppe II og III.

Sosial- og helsedirektoratet (2003) Opptrappingsplanen for psykiske helse, status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger.

Sosial- og helsedirektoratet (2003) Rundskriv IS-1/2003, nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2003.

St.meld.nr. 50 (1993-94) ”Samarbeid og styring – mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste”.

St.meld.nr. 25 (1996-97) ”Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene”.

St.prp.nr. 63 (1997-98) ”Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006”

St.prp.nr.1 (2002-03) Statsbudsjettet.

Trondheim kommune (2002) Psykiatriplan 2002-2006.

